DU

RHUMATISME NOUEUX

(POLYARTHRITE DÉFORMANTE)

CHEZ LES ENFANTS

PAR

Le Docteur M.-S. DIAMANTBERGER

DE LA FACULTÉ DE PARIS

Ancien interne en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Rothschild

Ancien externe des hôpitaux.

Avec 13 figures intercalées dans le texte et 3 planches



PARIS

LECROSNIER ET BABÉ, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1891





DU

RHUMATISME NOUEUX

(POLYARTHRITE DÉFORMANTE)

CHEZ LES ENFANTS

DU MÊME AUTEUR.

La Créosote et le Gaïacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Quelques résultats obtenus à l'aide des injections sous-cutanées de Gaïacol. (*Gazette des Hôpitaux*, novembre 1890.)

Rhumatisme noueux et idiotie. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1890.)

Rhumatisme et maladie de Basedow, mémoire inédit (en collaboration avec M. le Dr A. Weill, médecin en chef de l'hôpital de Rothschild).

Des pulvérisations biiodo-mercuriques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Mémoire publié en collaboration avec le docteur Z. Spivacoff, ancien interne à l'hôpital de Rothschild, dans les *Annales* pour la tuberculose 1889, n° 2.

DU

RHUMATISME NOUEUX

(POLYARTHRITE DÉFORMANTE)

CHEZ LES ENFANTS

PAR

Le Docteur M.-S. DIAMANTBERGER

DE LA FACULTÉ DE PARIS

Ancien interne en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Rothschild,
Ancien externe des hôpitaux.

Avec 13 figures intercalées dans le texte et 3 planches

PARIS

LECROSNIER ET BABÉ, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1891



DU

RHUMATISME NOUEUX

(POLYARTHRITE DÉFORMANTE)

CHEZ LES ENFANTS

INTRODUCTION

Ayant eu la bonne fortune d'observer depuis l'année dernière, une série d'enfants atteints de rhumatisme noueux et présentant en même temps, une foule de particularités incidentes très intéressantes, notre excellent maître, M. le Dr A. Weill, nous donna l'idée d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Les auteurs de pathologie infantile ont toujours passé sous silence le rhumatisme noueux, dont on ne voulait même pas admettre l'existence avant l'âge de la ménopause. Beau, Cornil, Laborde, Bouchut et Charcot sont les premiers qui ont signalé des cas observés dans l'enfance; et Moncorvo publia la première monographie sur ce sujet en 1878.

Nous avons donc tenu d'abord à réunir tous les cas publiés jusqu'à ce jour, en ayant soin de relever le plus de détails possibles concernant, soit les conditions étiologiques, soit les complications pathologiques ou autres circonstances intéressantes.

Chez l'adulte et les vieillards, le rhumatisme noueux a été, dans ces derniers temps, et est encore aujourd'hui constamment, l'objet d'une étude attentive et d'une analyse méthodique. On s'est évertué à mettre en évidence toutes ses complications ou coïncidences pathologiques, et ces recherches

ont déjà conduit à hien des révélations importantes, concernant le problème encore si obscur de la pathogénie du rhumatisme en général.

Mais rien dans ce sens n'a été tenté dans le domaine de la pathologie infantile, malgré le grand nombre des phénomènes intéressants que nous trouvons soit dans les observations déjà publiées, soit dans celles que nous avons recueillies nous-même.

Le jeune âge imprime, en effet, à cette manifestation précoce de la prédisposition morhide, un aspect particulier, qui emprunte ses caractères propres aux circonstances spéciales d'un organisme en pleine voie de développement, et nous verrons dans les chapitres suivants l'importance capitale que prennent toutes ces circonstances dans l'évolution, la marche et même la terminaison favorahle de cette affection chez les enfants.

Mais avant d'aborder cette étude, nous avons un devoir doux à remplir, c'est celui de payer un juste tribut d'hommage et de gratitude à nos chers maîtres dans les hôpitaux, M. le professeur Jaccoud et son ancien chef de clinique, le Dr Bourcy, MM. les Drs E. Vidal, J.-L. Championnière, Brocq, Legroux, Leven, Weill et Marc Sée.

Il nous est particulièrement agréable de dire ici à M. le Dr Just-Lucas Championnière, l'illustre père et apôtre de l'antisepsie en France, qui fut notre premier maître, combien nous sommes heureux de l'éducation chirurgicale que nous avons eu l'honneur de recevoir de lui, et qui sera pour nous, nous en avons la ferme conviction, un talisman précieux pour toute notre carrière.

M. le Dr A. Weill, médecin en chef de l'hôpital de Rothschild, a été pour nous, pendant toute la durée de notre internat dans son service, non seulement un maître bienveillant, toujours prêt à nous instruire et à nous faire profiter, au lit du malade, de son expérience et de son grand sens clinique ; mais encore un conseiller affahle et amical en toute circonstance. Il s'est acquis des droits incontestahles à notre dévouement le plus profond.

Que M. le professeur Grancher reçoive ici nos plus vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'étude du rhumatisme chronique en général, tel que nous l'envisageons aujourd'hui avec son individualité propre et absolument dégagée du groupe commun des affections articulaires chroniques, est de date relativement récente.

L'arthritis ou *articularum passio*, que nous trouvons dans les écrits des anciens, embrasse à la fois la goutte, le rhumatisme et toutes les autres manifestations articulaires chroniques et même aiguës.

C'est Baillou (1) le premier, qui dégagea (1570-1616) de ce groupe le rhumatisme articulaire aigu, distinction qui resta néanmoins sans écho, pendant bien longtemps. Mais quant au rhumatisme chronique et à sa différenciation avec la goutte, malgré la définition claire et précise qu'en a donnée Sydenham (2), il nous faut arriver jusqu'à Landré-Beauvais (3) (élève de Pinel), qui en l'an VIII donna, dans sa thèse inaugurale, la première bonne description clinique de cette affection, avec recherches anatomiques à l'appui, et l'indication nette de *l'absence de tophus* « dans le cas où la difformité des articulations semblait annoncer leur existence ».

Cet auteur adopte la dénomination de *goutte asthénique primitive*, et inaugure ainsi la longue série des travaux d'Heberden et d'Haygarth (4) relatifs aux nodosités osseuses rhumatismales différentes des concrétions juxtaposées de la goutte; de Lobstein (5) (de Strasbourg) sur les altérations

(1) Baillou. 1570-1616. Œuvres posthumes: Opera med. omnia, Paris, 1633 in-4°.

(2) Sydenham. 1666-1689. Med. prat. Hist. et cur. des maladies aiguës, sect. 6, chapitre VI du Rhumatisme.

(3) Landré-Beauvais. 1880: « Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte, sous le nom de goutte asthénique primitive ? » Thèse de Paris.

(4) Haygarth (S.) A clinical History of Diseases London 1805, in-8°.

(5) Lobstein. 1833. Traité d'Anatomie pathologique, t. II, page 287.

osseuses (ostéopsathyrose) avec développement exhubérant en quelques points et état éhurné des surfaces articulaires; des auteurs irlandais, Colle, Adam (1) et Smith (2) qui décrivent des formes se rapportant au rhumatisme osseux partiel; de Déville (3), sur les lésions des grandes articulations (altération des os, des cartilages, des synoviales); et enfin de Broca (1850), sur les altérations anatomiques de l'arthrite sèche.

En 1853 paraissent les thèses de Charcot et de Trastour, résultat de recherches cliniques et anatomiques à l'hospice de la Salpêtrière; en 1855 celle de Vidal, et en 1858 celle de Plaisance, travaux qui concourent à constituer le véritable tableau clinique de cette maladie, et la rattachent résolument au rhumatisme, contrairement aux écrits de Fuller (4), Adam (5) et Garrod (6) en Angleterre et de Hunter et de Senator en Allemagne. Les travaux de H. Meyer (7), d'Otto Weher (8), de Zeiss, de Volkmann en Allemagne, ceux de Charcot, Cornil, Ranvier et Vergely en France apportent leur contingent à la connaissance parfaite des lésions anatomo-pathologiques propres au rhumatisme chronique.

Enfin les leçons du professeur Charcot (1868) (maladies des vieillards), les livres de Fuller et Garrod (1876), l'article magistral de Besnier (dict. encycl. 1876) et celui de Homolle (dict. Jaccoud), les travaux de Durand Fardel, de Lancereaux, etc., représentent l'ensemble des connaissances actuelles, encore assez imparfaites, sur la question.

Mais ce petit aperçu historique ne se rapporte qu'au rhuma-

(1) Adams. Cyclop. of Anatomy and Physic, London, 1839.

(2) Smith (W.). A Tractise of fractures in the Vicinity of the joints, Dublin, 1887.

(3) Déville. (Bull. de la Société Anatom. t. XXII p: 272, 1847 et t. XXII, p. 141, 1848.

(4) Fuller. On Rhumatism. etc. third édition, London, 1860.

(4) Adams. Treatise on Rheumatic, Gout or Chronic. Rheumatic Arthritis, London, 1857.

(6) Garrod (A.-B.). La Goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux. Trad, par Aug. Ollivier et annoté par J. M. Charcot. Paris, 1867. Nouvelle et dernière édition anglaise, London, 1876.

(7) Mullers, Archiv. 1849.

(8) Virchows, Archiv. 1858, janvier, p. 74.

tisme chronique de l'adulte et surtout du vieillard. Quant à l'enfance il n'en est même pas question dans toute cette évolution mouvementée des travaux, concernant la goutte et le rhumatisme. Les auteurs passent complètement sous silence l'existence probable du rhumatisme chez les enfants. Les traités spéciaux non seulement du siècle dernier, Gautier Harris (1) (1738), Brouzet (2) (1754), Boerhave (3) (1759), Rosen (4) (1778), Chambon (5) (1779), mais encore ceux de la première moitié du nôtre, offrent la même lacune : Hune (6) (1802), Armstrong (7) (1808), Capuron (8), Hamilton (9) et Denis (10) ne mentionnent même pas le rhumatisme dans leurs traités sur les maladies des enfants. Berton (11) (1837) ne signale les affections rhumatismales chez les enfants que pour affirmer qu'elles sont « beaucoup moins connues qu'aux autres époques de la vie ».

Valleix (12), en 1839, dans ses cliniques, Becquerel (13) dans son Traité, de même que Legendre (14), en 1846),

(1) Gautier-Harris. Traité des maladies aiguës des enfants. Paris, 1738.

(2) Brouzet. Essai sur l'éducation médicale des enfants et leurs malad. Paris, 1754.

(3) Traité des malad. des enfants, trad. du latin des aphoris, de Boerhave com. par M. le Baron de Van Swieten, par M. Paul Avignon, 1759.

(4) Rosen (1778). Traité des maladies des enfants. Trad. du Suédois, p. M. Le Febvre de Villebrune. Paris.

(5) Chambon. Des maladies des enfants. Paris, 1779 (an VII).

(6) Hune (1802). Observ. on the origine and tract, of internal and extern. diseases of childr. Dublin.

(7) Armsbrong (1808). On account of the diseases incident to children (London).

(8) Capuron (1820). Traité des maladies des enfants jusqu'à la puberté (Paris).

(9) Hamillon (1824). Hints of the treatment of the principal diseases of infancy and childood (Edinburgh).

(10) Denis (1876). Recherches d'anatomie et de physiologie sur plusieurs mal. des enfants.

(11) Berton (1837). Traité des maladies des enfants (Paris).

(12) Valleit (1838). Clinique des maladies des enfants (Paris).

(13) Becquerel (1842). Traité théorique et pratique des mal. des enfants (Paris).

(14) Legendre (1846). Recherches anat.-path. et cliniques sur quelques mal. de l'enfance.

Fabre (1), en 1847), etc., ne disent pas un mot du rhumatisme de l'enfance.

Le premier travail sur le rhumatisme articulaire aigu de l'enfance est la thèse inaugurale de Claisse en 1864, et ce n'est qu'à partir de cette époque, que cette participation du jeune âge au rhumatisme s'est de plus en plus affirmée par nombre de travaux très importants. Quant au rhumatisme chronique et à son existence chez les enfants, le silence le plus absolu a persisté, et pour en trouver une mention dans les ouvrages classiques, il faut se reporter aux traités les plus récents de pathologie infantile.

Le premier cas publié en France date de 1864 : Une des observations insérées dans le mémoire de M. Cornil sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme chronique, a trait à une malade, chez laquelle l'affection a débuté à l'âge de 12 ans par une attaque de rhumatisme suraigu :

Observation I (Cornil).

La malade habita pendant son enfance dans le rez-de-chaussée d'une maison exposée au midi et sans humidité, paraît-il ; mais elle couchait sur un simple matelas étendu immédiatement sur le carreau. Comme antécédents héréditaires, il y avait de l'asthme chez le père et une affection cancéreuse chez la mère. Pas de rhumatisme, ni affection cutanée, scrofule ou tuberculose dans la famille.

A la suite de la première attaque manifestement aiguë, les petites articulations des phalanges, des doigts et des orteils et des poignets sont restées noueuses et difformées. La malade a présenté depuis, à diverses époques, des exacerbations aiguës, caractérisées par la douleur, la tuméfaction et la rougeur de la peau au niveau de jointures primitivement envahies. Les coudes, les épaules et les genoux sont aussi devenus le siège de douleurs qui ont fini par limiter et rendre très difficiles leurs mouvements. Réglée à l'âge de 18 ans, elle a eu un enfant ; et depuis cet accouchement son affection s'est encore aggravée. A l'âge de 26 ans, cette malade, du nom de P. Léonie, célibataire, est admise

(1) Fabre (1847). Bibliothèque du médecin praticien (Mal. des enfants), Paris.

comme infirme à la Salpêtrière, le 5 septembre 1861. Elle fit plusieurs séjours à l'infirmerie dans le service de M. Charcot pour des exacerbations aiguës, des douleurs articulaires avec déformations de plus en plus progressives, et finalement pour de l'albuminurie chronique accompagnée de *pleurésie* et de *péricardite*.

Elle meurt en 1863 dans le coma urémique ; et l'autopsie révèle l'existence d'une péricardite hémorrhagique avec néomembranes vascularisées, une dégénérescence graisseuse très avancée des muscles du cœur et des lésions d'une néphrite albumineuse.

Quant aux articulations, le genou droit est complètement *ankylosé*. La rotule est unie aux condyles fémoraux par un tissu fibreux dense : En voulant fléchir l'articulation, on brise et l'on enlève avec la rotule une partie des condyles du fémur.

Les têtes osseuses sont raréfiées, friables, formées par les lames osseuses amincies au milieu d'une moelle huileuse jaunâtre. Le genou gauche présente sur la face articulaire de la rotule, l'altération velvétique parfaitement marquée. Le cartilage est fendillé et segmenté suivant son épaisseur de manière à ressembler au velours d'Utrecht.

Sur les condyles fémoraux le cartilage a presque entièrement disparu, et est remplacé par une surface osseuse *éburnée* avec des dépressions fortement vascularisées.

A la limite du cartilage et du périoste au bord interne du condyle interne existe une ligne composée de granulations osseuses du volume d'un grain de chenevis, régulières, parallèles à la ligne de limitation du cartilage.

Les articulations des phalanges et du poignet ouvertes, offrent des lésions moins avancées, mais bien caractérisées du rhumatisme, érosion des cartilages, altération velvétique, infection de la synoviale, etc.

Ce premier document du rhumatisme noueux infantile est, en même temps, un des plus importants et des plus instructifs sur la question, par la description détaillée et claire que nous donne M. Cornil, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique, par les complications qu'on y rencontre : péricardite, pleurésie et néphrite avec albuminurie.

Suivant la judicieuse remarque de l'auteur, la péricardite et la néphrite paraissent tenir ici plutôt au rhumatisme qu'à une maladie de Bright essentielle.

Dans la même année, Beau (1) signale dans la *Gazette des Hôpitaux* (19 juillet 1864) un cas d'arthrite noueuse chez une jeune fille, avec coïncidence de retrécissement aortique, et M. Laborde (2) présente à la Société de Biologie un garçon de 8 ans, atteint depuis *l'âge de 4 ans* de rhumatisme noueux avec les déformations les plus caractéristiques.

Quelque temps après, M. le professeur Bouchut insiste dans une clinique (3) sur la fréquence relative du rhumatisme déformant chez les enfants ; il parle même de deux cas qu'il aurait rencontrés, l'un en ville et l'autre à Sainte-Eugénie (4). L'observation se rapportant à cette dernière malade, se trouve consignée dans la VI[e] édition de son Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, page 956 (Paris, 1873).

Observation IV.

Une jeune fille malade depuis six mois déjà, fut amenée dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie. La plupart des articulations tuméfiées étaient à demi ankylosées. Les épaules et les coudes volumineux, les poignets, les doigts déformés pouvaient à peine se mouvoir. Les cuisses étaient fléchies sur le bassin, les jambes sur la cuisse et les pieds immobiles sur la jambe. Le cou était raide et les genoux tuméfiés, comme de véritables tumeurs blanches. Toutes ces jointures encore douloureuses, ne pouvaient être remuées sans douleur, ce qui rendait horriblement pénible la situation de l'enfant. Au bout de quelques mois, elle sortit de l'hôpital à peine améliorée.

En janvier 1875, M. le professeur Bouchut écrivait au D[r] Moncorvo, qui l'avait consulté au sujet de cette question, la note suivante :

Je n'ai pas vu souvent le rhumatisme noueux chez les enfants, mais cette année, j'en ai eu deux cas, dont un chez *un enfant de trois ans*. J'en ai peut-être vu en vingt ans une demi-douzaine ; c'est ce qui fait que je n'en ai pas parlé dans les cinq premières éditions de mon livre. Dans la 6[e] édition (1873) j'en ai fait mention, mais d'une manière très écourtée.

(1) Observation II.
(2) Observation III.
(3) Union médicale, 1865.
(4) Observations IV et V.

Trousseau (1) déclare n'avoir observé le rhumatisme noueux qu'une seule fois sur un garçon de 16 à 17 ans, et Durand Fardel (2) cite également sur 17 cas, où il avait pu noter le début de l'affection, un homme et une femme, chez lesquels le rhumatisme avait commencé à l'âge de 15 ans.

La thèse inaugurale de Picot (3) (de Genève) contient la simple mention d'un cas de rhumatisme noueux observé dans le service du Dr H. Roger, chez un garçon de 7 ans.

Les leçons si remarquables du professeur Charcot sur le rhumatisme chronique, contiennent également quelques cas ayant trait à l'enfance (4) :

Observation X.

Une infirme de la Salpêtrière, qui avait été élevée dans une habitation humide, a été frappée d'un rhumatisme noueux à l'âge de 10 ans.

Observation XI.

Une autre infirme de la Salpêtrière, qui avait vécu pendant son enfance dans une loge humide, a été prise à *l'âge de* 16 *ans*.

Observation XII.

Observation recueillie par M. Martel à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service du Dr Barthez.

Chez un enfant de 10 ans, atteint de rhumatisme articulaire chronique, on vit se développer une péricardite caractérisée par des bruits de frottement à la région précordiale. Cette affection du reste ne persista pas longtemps. Le rhumatisme avait subi une exacerbation pendant la durée de la péricardite ; cet enfant présenta plus tard, à un très haut degré, les déformations caractéristiques du rhumatisme noueux.

(1) Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, tome III, pages 397 et 407. (Obs. VI.)

(2) Durand-Fardel. Traité pratique des maladies chroniques, 1868, tome I, p. 404. (Obs. VII et VIII.)

(3) Picot. Du rhumatisme aigu et de ses manifestations chez les enfants. Paris 1872. (Obs. IX.)

(4) Charcot. Maladies des vieillards. Leçons cliniques recueillies par Benj. Ball, 2e éd. 1874, pages 190 et 224.

En 1876, le Dr Stoïcesco (1) consacre au rhumatisme noueux chez les enfants une étude sommaire et rapporte trois observations nouvelles dont :

Observation XIII.

Une jeune fille âgée de 8 ans, qui se présente à la consultation de l'Hôpital des Enfants malades avec presque toutes les jointures des membres supérieurs atteintes de déformations caractéristiques du rhumatisme noueux. *Début à l'âge de 6 ans.*

Observation XIV.

Petite fille se trouvant dans le service de M. Archambault, pour une *coxalgie suppurée*, était atteinte de rhumatisme noueux, *depuis l'âge de 4 ans*. Début par les poignets, ensuite envahissement des phalanges. Exacerbations fréquentes douloureuses et, chose importante, coïncidence d'une lésion très manifeste de la *valvule mitrale*. (Confirmation orale de M. Archambault.)

Observation XV.

Fille début à 4 ans (observation complétée plus tard par Lacaze-Doré. Voyez plus loin *in-extenso*. (Obs. XV.)

Une observation, datant de la même époque, se trouve consignée dans le traité du Dr Lewis-Smith, médecin de l'hôpital des Enfants de New-York (2).

Observation XVI.

E. H. *petite fille* de 3 ans 1/2, est entrée à Bellevue-Hospital en février 1871. Elle a eu des fièvres intermittentes depuis l'âge de 9 mois, jusqu'à l'âge de 15 mois. Depuis cette époque jusqu'à l'âge de 2 *ans* elle a joui d'une bonne santé. Mais elle fut alors atteinte d'un rhumatisme qui débuta par les cous-de-pied et s'étendit ensuite aux autres jointures. Les articulations des genoux et des cuisses ne recouvrèrent qu'en partie leur mobilité. Quant aux jambes et aux cuisses elles restèrent en état de flexion permanente, de manière à rendre la marche difficile. La malade ne pouvait étendre les jambes sans éprouver une vive douleur et lorsqu'elle essayait de vaincre la flexion de l'articulation coxo-fémorale, elle imprimait à la colonne vertébrale une courbure semblable à celle qu'on observe dans la coxalgie.

(1) Dr Stoïcesco. Progrès médical, 1876, n° 16.
(2) Treatise on the diseases of infancy and childhood third édition, 1876, p. 309. (Citation de Moncorvo.)

Enfin parut la première monographie sur ce sujet, travail consciencieux et plein de détails bibliographiques, dû à l'éminent professeur Moncorvo de Rio-de-Janeiro et traduit du portugais par M. le Dr E. Mauriac (de Bordeaux) en 1880 (1).

Le savant Brésilien publia ce mémoire à l'occasion d'une observation de rhumatisme noueux qu'il avait recueillie dans sa pratique chez une petite fille de 2 ans 1/2, guérie par l'emploi de l'électricité. Voici, d'après l'auteur même, le résumé de cette observation qu'il public avec tous les détails sur la marche de l'affection et l'influence des différents traitements essayés :

Observation XVII.

Il s'agit d'une *petite fille*, âgée de 2 ans et demi à peine, profondément *lymphatique*, ayant été allaitée par différentes nourrices, toutes mal constituées et affectées de maladies diathésiques (scrofule et rhumatisme); débilitée par une coqueluche intense et prolongée, qui est inopinément atteinte d'un rhumatisme articulaire subaigu, affectant les articulations des genoux. Après la disparition des symptômes fébriles, le mal envahit de nouvelles articulations (les radio-carpiennes et les tibio-tarsiennes), mais sans qu'il se produise aucune réaction générale. Ces articulations restent malades pendant un mois et à la fin de cette période stationnaire, de nouveaux symptômes de réaction générale surviennent, accompagnés d'une exacerbation, des désordres articulaires et d'un œdème inflammatoire des deux jambes. Cette seconde crise dissipée, le rhumatisme devient franchement chronique. En même temps, les nodosités se dessinent et s'accentuent, tant dans les articulations déjà malades que dans quelques autres plns petites des orteils et des phalanges.

Ces altérations persistent, sans aucune modification sensible pendant huit longs mois, et pendant ce temps se produisent les rétractions fibreuses et musculaires, qui amènent les déviations des membres et les atrophies des muscles, résultant de l'inaction à laquelle est condamnée la malade.

A l'exception de quelques avantages obtenus dans l'état général par la médication arsenicale, aucun autre agent thérapeutique, parmi le grand nombre de ceux qui furent employés, ne

(1) Paris, O. Doin, 1880.

procura à la malade une amélioration sérieuse. C'est alors que nous eûmes recours à l'électrothérapie, et dès ce moment, la modification regressive des arthropathies marcha progressivement, de telle sorte qu'au bout de huit mois d'un persévérant usage de ce puissant moyen, le résultat dépassa nos espérances. Nous avions obtenu une guérison radicale.

Le traducteur de ce mémoire, auquel nous avons fait du reste de larges emprunts bibliographiques, signale dans une annotation l'observation rapportée par M. Dally à la Société thérapeutique, d'un jeune Ecossais atteint, depuis l'âge de 7 *ans*, de rhumatisme noueux avec déformations classiques, et guéri en deux mois de traitement par les sudations, les mouvements communiqués, la gymnastique et les courants continus. (Obs. XVIII.)

A l'occasion de la discussion soulevée à la Société de thérapeutique par M. Dally, M. Blache rapporta également le cas d'un enfant (sexe ?) de 2 *ans*, atteint des déformations caractéristiques du rhumatisme noueux, et guéri par le massage, les bains et l'électricité. (Obs. XIX.)

A partir de ce moment, les observations se multiplièrent et nous en avons trouvé un peu partout, dans les journaux, les cliniques et les deux thèses qui ont été passées à Paris sur ce sujet. (Lacaze-Doré, 1882 et Pélissié, 1889.)

Voici du reste la statistique de tous les cas, avec l'âge du début, le sexe, et aussi l'indication bibliographique avec les noms des auteurs :

L'AGE du DÉBUT	NOMBRE des cas	SEXE	AUTEURS et INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.
Age inconnu	2	Fille Fille	BEAU. In Gaz. des hôp., 1864, 14 juillet. BOUCHUT. In Tr. pr. mal. n.-nés, etc. 1873, p 956, 4e édition.
A 2 ans	5	Fille Fille Fille Sexe inconnu Garçon	LEWIS-SMITH. Tr. on diseases of infancy 3e éd. London, 1876, p. 319. MONCORVO. Rhum. noueux chez l'enfant. O. Doin, 1880. SENE. In th. de Lacaze-Doré, Paris, 1882. BLACHE. In Gaz. hebd. 1877, p. 464. *Personnelle* (recueillie à St-Vaast-la-Hougue, Manche).
A 3 ans	1	Sexe inconnu	BOUCHUT. (Loco cit.)
A 4 ans	6	Fille Fille Fille Fille Fille Garçon	PELISSIÉ. Th. Paris 1889. STOICESCO. Progrès méd., 1876. N° 14. STOICESCO-LACAZE-DORE. Thèse 1882 et loco cit. SERGIU. In « Spitalul » 1884, n° 12 (Bucharest). SERGIU. In id. 1887, n° 1. LABORDE. (Cité in malad. des vieillards de Charcot.)
A 6 ans	2	Fille Fille	STOICESCO. (Loco cit.) GRANCHER. In thèse de Pellissié, 1889.
A 7 ans	2	Garçon Garçon	DALLY. Journal de thérapeutique, 1877. numéro 14. PICOT. Thèse Paris 1872.
A 8 ans	4	Fille Fille Garçon Garçon	WEILL et *personnelle*. Nouv. Icon. Salpêtrière 1890. N° 1. Louis GUINON. In thèse de Pelissié, 1889. DECROISILLES. Union médicale, 1883. N° 173. HENOCH. Berliner Klinische Vorlesungen, 1884.
A 10 ans	4	Fille Fille Garçon Sexe inconnu	CHARCOT. In Maladies des vieillards, 2e éd., p. 224. *Personnelle* (inédite). POTAIN. Union médicale 1889. Déc. MARTEL. Cité par Charcot (loco cit.).

L'AGE du DEBUT	NOMBRE des cas	SEXE	AUTEURS et INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
A 11 ans	1	Fille	WAGNER. In Munch Med. Wochenschrift, 20 mars 1888.
A 12 ans	1	Fille	CORNIL. In Mémoires de la Soc. de biologie, 1854.
A 13 ans	2	Fille Fille	HENOCH. (Loco cit.) LACAZE-DORÉ. Thèse 1882. Paris.
A 14 ans	3	Fille Garçon Garçon	VULPIAN. In clinique méd. 1879, p. 57 Obs. XVI. VULPIAN. Idem., p. 55. RAYMOND. In Progrès méd. 1882. N° 8
A 15 ans	2	Fille Garçon	DURAND-FARDEL. Tr. des mal. chron. 1868, t. I, p. 404. — Id.
A 16 ans	2	Fille Garçon	CHARCOT. Malad. des vieillards, 2e éd. p. 224. TROUSSEAU. Clin. méd. Hôtel-Dieu, t. III, p. 397.
A 17 ans	1	Fille	*Personnelle* (inédite).

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Les lacunes qui règnent actuellement dans l'étiologie générale du rhumatisme articulaire chronique, sont encore nombreuses, soit à cause des divergences d'opinion sur la nature même de l'affection, et sur le rôle attribué par les différents auteurs à telle ou telle circonstance morbide, soit à cause de l'insuffisance de documents très précis. Cependant, au fur et à mesure que les connaissances générales sur les causes des maladies chroniques ou diathésiques s'enrichissent de faits nouveaux, la différenciation des espèces ou modalités cliniques se dessine plus nettement, et la part plus ou moins exacte est ainsi faite à chaque condition étiologique.

La nosographie du rhumatisme noueux, chez les vieillards et les adultes, a largement profité de ces éclaircissements pathogéniques; et à l'aide de ces renseignements, des classifications plus uniformes et de l'observation plus méthodique des circonstances naguère négligées, on peut aujourd'hui mieux établir ce chapitre d'étiologie.

Pour le rhumatisme noueux infantile, nous manquons encore de tous ces éléments; car jusqu'à présent la littérature médicale, comme nous l'avons déjà dit, ne contient à peine que la mention de cette maladie dans le jeune âge; et à l'aide des observations existantes, il nous sera très difficile d'établir des données conformes à la réalité.

Fréquence. — Le chiffre total de ces observations, y compris les nôtres, s'élève à 38. Il ne peut encore fournir aucune idée sur la *fréquence absolue* du rhumatisme noueux dans l'enfance, étant donné que l'attention n'a été attirée sur ce point, que depuis très peu de temps, et beaucoup de cas ont été ainsi complètement méconnus.

Quoi qu'il en soit, c'est une affection très peu commune chez les enfants, car le professeur Bouchut dit en avoir observé

seulement une demi-douzaine dans sa carrière si longue, et Trousseau n'en a vu qu'un seul pendant trente ans. Aussi, les maîtres les plus autorisés en la matière n'en parlent jusqu'à présent que d'une façon très réservée.

Quant à sa fréquence relative par rapport au rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, nous n'avons aucune donnée même approximative, bien que ce point soit d'une importance capitale au point de vue de l'étiologie générale.

Climats et saisons. — L'influence des conditions climatériques sur le développement du rhumatisme en général est encore mal connue. Chomel avait déjà dit en 1813 : « L'air « paraît avoir une influence bien prononcée sur la production du rhumatisme. Le rhumatisme se présente rarement « près de l'équateur et des pôles ; il devient plus commun, « à mesure que l'on s'éloigne de ces régions et règne surtout dans les zones tempérées. Il est encore à remarquer « qu'il se montre moins généralement chez les peuples du « Midi et de l'Orient, que chez les peuples de l'Occident et du « Nord (Ponsard). En considérant combien il est plus fréquent dans les pays humides, marécageux, coupés par des « canaux multipliés, ou exposés à des brouillards presque « continuels, tels que la Hollande et l'Angleterre, on ne peut « refuser d'admettre que l'humidité atmosphérique ne contribue à développer ces affections au moins autant que « la température, qui est à peu près la même dans d'autres « régions, où le rhumatisme est beaucoup plus rare. »

Ces considérations sont trop générales et n'établissent pas la part qui revient aux formes aiguës ou chroniques.

Il semble établi aujourd'hui que le rhumatisme articulaire aigu est moins ubiquitaire que le rhumatisme chronique. « A peu près inconnu dans les régions équatoriales et polaires « on le rencontre pourtant assez souvent en Egypte d'après « Pruner-Bey, aux Indes Orientales d'après Webb (dans ce « dernier pays il se complique souvent d'endopéricardite). » (Charcot.)

Pour ce qui est du rhumatisme chronique, M. Charcot signale sa fréquence en Italie (Naples) ; Malcolmson aux Indes chez les Cypayes ; F. Rebatel et G. Tiraut (*Lyon médi-*

cal, 1874, n° 13) en Tunisie ; enfin Peters (1) de Berlin, qui a étudié l'influence des climats sur la production des rhumatismes, arrive à la conclusion, que les aggravations dans le rhumatisme articulaire chronique, coïncideraient avec les chutes considérables de la température moyenne d'un jour à l'autre, avec une atmosphère très humide, avec le règne des vents d'ouest et la forte proportion d'azote atmosphérique.

En somme, le rhumatisme chronique déformant abonde dans les pays tempérés, en Angleterre (2) principalement, en Irlande, en France, en Allemagne et dans toute l'Europe centrale.

M. Mathieu, qui a consacré sa thèse inaugurale à l'étude du rhumatisme noueux chez les jeunes sujets de 15 à 30 ans, a recueilli une partie de ses observations à la campagne, chez des meuniers, qui habitent dans le fond des vallées encaissées au milieu du brouillard, dans des maisons où l'on est toujours exposé à l'humidité. L'auteur pense que cette cause prolongée a une action évidente sur l'apparition *précoce* du rhumatisme.

Quant aux enfants, voici la répartition de nos cas suivant l'origine climatérique :

Etats-Unis (New-York)................	1 cas
Canada (aux bords du lac Ontario)	1 —
Brésil (Rio-de-Janeiro)................	1 —
Russie (cas consulté à Berlin)...........	1 —
Allemagne (Berlin, Munich)...........	2 —
Autriche (Vienne).....................	1 —
Roumanie (malades venus de la campagne)	2 —
France....	29 —
Total.	38 cas.

M. Pelissié rapporte dans sa thèse (3) une communication orale de M. Brassac, médecin en chef de la marine, qui dit

(1) Peters. Ueber den Einfluss der hauptsächlichsten Klimatischen Faktoren auf chronische Rheumatismen. (Berliner klinische wochenschrift, 1879, n° 2 et 3.)

(2) Nous ne possédons aucune observation d'Angleterre et de la Hollande, bien que ces pays soient, de l'avis de tous les auteurs les plus riches en rhumatisme noueux.

(3) Pelissié. Thèse, Paris, 1889, p. 16.

avoir vu assez souvent des cas de rhumatisme chronique chez les enfants, aux Indes, à la Nouvelle-Calédonie et aux Antilles, dans les lieux élevés et humides. Il a observé chez un grand nombre, des déformations articulaires irrémédiables. Pour lui la maladie est plus fréquente dans ces pays qu'en Europe, en raison de la susceptibilité spéciale des habitants, à l'action du froid.

L'influence des villes paraît également entrer en ligne de compte dans la production du rhumatisme chronique chez les enfants. (Les deux tiers de nos cas ont contracté l'affection dans des villes.)

Mais il ne s'agit ici, en somme, que des conditions hygiéniques auxquelles il convient d'ajouter les causes professionnelles. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ce sujet.

L'influence des saisons est souvent signalée dans les formes superficielles du rhumatisme chronique, mais le rhumatisme noueux, surtout chez les enfants, ne paraît en être influencé au même titre que par le froid et l'humidité, dont nous discuterons bientôt la valeur pathogénique spéciale.

Influence de l'âge. — D'une façon générale le développement précoce du rhumatisme noueux est en effet chose rare; mais l'assertion d'Haygarth, qui n'admettait point l'existence de cette affection avant la ménopause, tombe devant les faits établis par toutes les statistiques ultérieures.

Landré-Beauvais parle déjà d'un cas, qui a débuté à 30 ans et d'un autre développé à la suite d'un accouchement.

Charcot et Trastour donnent les résultats suivants, des recherches faites à la Salpêtrière en 1853 :

Sur 41 cas :
4 ont débuté avant 20 ans.
10 — — de 20 à 30 ans.
7 — — — 30 à 40 —
14 — — — 40 à 60 —

et ils en tirent la conclusion : « qu'il est deux périodes de la « vie où l'on est plus particulièrement exposé à subir ses « atteintes. C'est de 20 à 30 ans, époque du développement « complet et de 40 à 60 ans, époque de la ménopause, que « cette affection se manifeste le plus volontiers. Néanmoins,

« cette maladie peut se montrer soit avant, soit après ces « deux époques ».

A ces deux périodes correspondraient même, d'après Charcot, les deux modalités cliniques différentes (forme rapide et forme lente), qui portent en elles pour ainsi dire, l'empreinte caractéristique de l'âge plus ou moins avancé.

D'après Mathieu (1) il existe pour cette affection trois étapes différentes, au point de vue de l'âge du début :

Iᵉ Etape	avant	15 ans.	
IIᵉ —	de	15 à 30 ans.	
IIIᵉ —	—	30 40 50 ans.	

Cet auteur a étudié la seconde étape, qui tiendrait le milieu entre la 1ʳᵉ et la 3ᵉ étape au point de vue de la fréquence. Sur 11 de ses malades il a marqué le début :

1	fois à	l'âge de	17 ans.
1	—	—	18 —
2	—	—	20 —
1	—	—	22 —
1	—	—	24 —
2	—	—	26 —
1	—	—	28 —
2	—	—	29 —

Voici une statistique de M. Lancereaux portant sur un ensemble de 208 cas observés par lui-même, publiée au mois de janvier dernier (2).

De 15 à 20 ans............	13 fois.
— 20 à 30 —	29 —
— 30 à 40 —	45 —
— 40 à 50 —	46 —
— 50 à 60 —	39 —
— 70 à 80 —	5 —

Enfin M. Crèvecœur donne tout récemment dans sa thèse (3) le début chez 37 infirmes de la Salpêtrière :

21	fois	de 40 à 60 ans.
11	—	— 20 à 40 —
3	—	— 60 à 80 —
1	—	avant un an.
1	—	après 80 ans.

(1) Loco cit.

(2) LANCEREAUX. Leçons cliniques, Union médicale, 1890, p. 29, janv. 9.

(3) Thèse de Paris, 1890, 12 juin.

Ces chiffres, de même que ceux de M. Lancereaux, ont trait au rhumatisme chronique en général, dont la fréquence diffère beaucoup de celle du rhumatisme déformant. Quoi qu'il en soit, elles nous donnent, au point de vue de l'influence de l'âge, les mêmes proportions, ce qui nous confirme dans l'idée de l'identité des conditions étiologiques générales et de la production des déformations sous l'influence d'autres causes individuelles et occasionnelles surajoutées. La pathologie infantile de l'affection est encore très pauvre en documents de ce genre. Moncorvo conclut dans son travail à « l'extrême rareté dans la première enfance, et accorde à la seconde enfance une fréquence un peu plus grande ». Mais les éléments qui forment la hase de cette monographie sont trop peu nombreux pour permettre de formuler la moindre conclusion.

M. Lacaze-Doré et M. Pelissié, les auteurs des deux thèses faites sur ce sujet, n'insistent pas sur ce point. Et pourtant c'est une question à étudier, car elle peut dépendre de circonstances étiologiques très importantes, ayant trait à la première ou à la seconde dentition de l'enfant; au développement plus ou moins régulier des divers tissus osseux, ligamenteux et musculaires sous l'influence de causes diverses, etc.

Nous aurons donc à considérer ces divers facteurs très intéressants, et voir la prépondérance des uns ou des autres dans le développement de la polyarthrite déformante chez les enfants

Les données numériques fournies par la statistique de nos cas nous indiquent déjà *qu'avant l'âge de 2 ans*, c'est-à-dire dans la première enfance, la maladie est inconnue jusqu'à présent. Il n'en est pas de même pour la manifestation aiguë de la diathèse rhumatismale, qui a même été observée dans les premiers jours après la naissance (1).

Dans la statistique de M. Crévecœur nous voyons la mention d'un cas ayant débuté avant l'âge de 1 an; mais il s'agit du

(1) Pocock. (Lancet 11 novembre 1882) et Schaeffer (Berl. Klinische Wochinsch. 1886, n° 45), l'auraient constaté chez deux nouveau-nés dont la mère souffrait elle-même de rhumatisme; Wiedzrhofer chez un enfant de 23 jours; Basch (Bager med. Woch. 1884, p. 450) chez un enfant de 3 mois; Gardeu (Practitioner, mars 1881) chez un enfant de 9 mois et Kopbik (New-York med. jour. 1888, 23 juin) chez deux enfants à la mamelle.

rhumatisme chronique en général et non pas du rhumatisme noueux. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas donné au moins quelques détails sur ce cas, qui serait unique dans la science.

A *deux ans même*, c'est-à-dire à peu près à l'époque qui suit le sevrage et la première dentition, nous trouvons cinq fois le début de cette affection.

Onze fois la maladie a débuté dans la période intermédiaire aux deux dentitions, et appelée depuis Fleury (1): *seconde enfance*. Cette époque (de 2 à 7 ans) est généralement caractérisée par une croissance rapide, une nutrition énergique, l'effacement des organes transitoires (thymus, etc.), la consolidation des appareils organiques, l'activité prédominante du système lymphatique, de la circulation artérielle et aussi des facultés intellectuelles. De là, la fréquence à cette époque des manifestations scrofulo-tuberculeuses, des fièvres éruptives, des affections cérébrales, et nous pouvons ajouter hardiment, des manifestations rhumatismales avec leurs complications cardiaques.

Douze fois le début est survenu pendant la période de la deuxième dentition, dite époque de l'adolescence (7 à 13 ans). Une dernière subdivision est celle, qui correspond chez les filles à l'apparition des règles, et chez les garçons à l'établissement de la sécrétion spermatique (13 à 17 ans).

Huit cas de notre statistique se rangent sous cette rubrique.

Le petit nombre de cas nous fait faire des réserves au point de vue des conclusions que nous devrions formuler. Néanmoins, si incomplète qu'elle soit, cette statistique montre que le rhumatisme noueux a une fréquence uniforme à toutes les étapes de l'enfance, depuis le sevrage et la première dentition jusqu'à la puberté.

Les diverses phases physiologiques par lesquelles passe l'enfant paraissent se partager d'une façon égale, le rôle étiologique dans la production, ou le réveil de cette manifestation diathésique.

Sexe. — Le tableau de nos cas indique sur 38 malades, 24 filles, 11 garçons et 3 dont le sexe n'est pas indiqué dans

(1) Cours d'hygiène, tome II, p. 257.

les observations; ce qui donnerait à peu prés la proportion de 31 0/0 de garçons et de 69 0/0 de filles. Il est vrai que chez les vieillards, la prépondérance du sexe féminin est chose bien établie par presque tous les auteurs, aussi Cruveilhier appelait-il cette affection « goutte des femmes ». Du reste les statistiques de Trastour et de Vidal en prouvent nettement l'affinité pour le sexe féminin. Cependant des réserves s'imposent, ici comme partout ailleurs, car à part la statistique de M. Bourdillon (1) qui a trouvé 27 hommes et 9 femmes pour 36 cas, et de celles de Garrod, qui a rencontré chez les hommes les cas les plus graves et encore assez nombreux, il nous semble qu'il s'agit là d'une influence numérique dépendant des milieux où les observations ont été prises (2). La simple circonstance, maintes fois rééditée, que M. Vidal n'aurait rencontré à Bicêtre que 2 cas de rhumatisme noueux pendant une année d'observation attentive, ne suffit pas encore pour trancher cette question ; et il faudrait pouvoir réunir des chiffres sur les cas existant en dehors des hospices publics. Il en est de même de notre statistique, qui ne répond trés probablement pas à la réalité.

Quoi qu'il en soit, le sexe féminin l'emporte sur le sexe masculin, chez les enfants comme chez les adultes et chez les vieillards au point de vue de la fréquence du rhumatisme noueux.

Cette prédominance dépend incontestablement des influences répétées, auxquelles se trouve exposé l'être féminin depuis l'âge le plus tendre jusqu'à la vieillesse, par les congestions si fréquentes de l'appareil utérin.

« L'arthrite déformante, dit Lancereaux (3), est presque « toujours en rapport avec un acte physiologique, la puberté, « la suppression de la menstruation, les excés vénériens, la

(1) Thèse de Paris, 1888, p. 108.

(2) Le plus souvent la Salpêtrière (Landré, Beauvais, Charcot, Trastour, Crèvecœur). M. Besnier fait remarquer également que ces chiffres proviennent surtout du GROUPE SOCIAL, que les conditions malheureuses de la vie, obligent à réclamer l'ASSISTANCE HOSPITALIÈRE ; ils changent considérablement dans les conditions ordinaires de la vie. (Dict. ency. art. Rh. p. 662.)

(3) Traité de l'herpétisme.

« grossesse, l'accouchement, enfin et surtout la ménopause.
« Ces circonstances, importantes à relever, donnent lieu de
« supposer qu'une influence nerveuse préside à la genèse du
« rhumatisme chronique, etc... »

Une de nos malades présente à chaque menstruation une exacerbation des douleurs articulaires, une autre a vu débuter sa polyarthrite déformante à partir de l'apparition des règles, etc.

Tout dernièrement H. Koplik (1), de New-York, a rapporté les observations de deux petites filles (3 et 5 ans) atteintes de vulvo-vaginite et présentant des douleurs articulaires avec gonflement, rougeur et élévation de température. Dans le premier cas le cou-de-pied gauche était seul atteint ; dans le second, les artropathies occupaient l'épaule droite, le poignet droit et le genou droit. Les deux enfants étaient pâles, délicates ; dans les deux cas l'écoulement uréthral renfermait des microorganismes intra-cellulaires, présentant l'aspect des gonococci de Neisser ; mais les réactions colorantes de ces microorganismes n'étant pas indiquées par l'auteur, on ne peut être assuré de leur identité avec les gonococci. (*Gaz. Hebdom.* 1890, n° 31.)

Quoi qu'il en soit de l'agent microbien qui a donné naissance à ces vulvo-vaginites, qui sont du reste assez fréquentes chez les petites filles, l'éclosion rhumatismale nous semble avoir été produite ici sous l'influence d'une inflammation utérine, consécutive à l'infection vulvo-vaginale.

L'inflammation utérine chez les vierges a été l'objet d'une étude approfondie par M. Bouton (métrites des vierges) dans sa thèse inaugurale de Paris en 1887.

Elle peut se manifester même à l'occasion de l'établissement des règles, à cause de la congestion intense qui se produit à ce moment, et à laquelle s'ajoute l'influence d'une mauvaise conformation de l'organe provoquant la stase du sang menstruel : développement incomplet, antéflexion congénitale, conicité du col, sténose de l'orifice ou encore une cause complémentaire, refroidissement, masturbation, etc.

A l'époque de la ménopause, correspond une métrite ana-

(1) New-York Med. journal, 21 juin 1890, p. 678.

logue procédant des mêmes causes prédisposantes: vive congestion, etc.

Entre ces deux points polaires de la vie génitale, la femme est exposée à chaque époque menstruelle, à chaque époque gravidique (1), après chaque parturition (2) et à l'occasion des excès de coït, etc., à voir son utérus s'enflammer par repullulation et propagation des microorganismes, qui se trouvent normalement dans la cavité vaginale (streptocoque, staphylocoque, gonocoque et même bacille de Koch).

Ce réveil de la vie microbienne est presque toujours favorisé par un refroidissement, une mauvaise hygiène, de la fatigue exagérée et souvent par un traumatisme quelconque direct ou indirect. La métrite ainsi constituée, ou même simplement la congestion physiologique de l'utérus, tant soit peu exagérée, est une cause fréquente de rhumatisme articulaire soit aigu, soit chronique.

W. Ord (3), qui insiste spécialement sur ce rôle étiologique des congestions utérines, menstruelles ou pathologiques, dans le rhumatisme, conclut « que l'utérus inflammé agit sur « les articulations par l'intermédiaire du système nerveux et « cela par voie reflexe. » — M. le professeur Verneuil, professe une théorie absolument identique sur l'influence des traumatismes. La présence d'un agent infectieux dans le rhumatisme aigu, joue le même rôle sur les tissus, qu'il atteint par effraction ou par une porte d'entrée quelconque, en réveillant la diathèse.

Hérédité. — Le rôle prédisposant de l'hérédité dans le rhumatisme, ressort d'une façon très évidente de toutes les recherches cliniques et statistiques faites jusqu'à ce jour, au moins pour les formes chroniques et surtout pour la polyarthrite déformante.

Sur 45 cas de rhumatisme noueux, Trastour a retrouvé le rhumatisme, 10 fois chez les ascendants et 3 fois chez les descendants.

(1) Thèse de Mercier 1888. Arthrite de la grossesse.

(2) Mém. sur les coïncidences path. du Rh. chronique par Cornil. mém. Société de Biologie, obs. II, p. 6.

(3) W. Ord. Rhumatisme noueux, British med. Journal, Mars 1879.

Charcot parle d'une femme atteinte de rhumatisme noueux, dont la fille et la petite fille éprouvaient déjà des douleurs dans les petites jointures. Cet auteur considère du reste, hors de doute, la transmission héréditaire du rhumatisme noueux et déclare, pareillement à Garrod, que ses observations personnelles lui permettent d'établir aussi l'hérédité du rhumatisme d'Heberden. Pour le rhumatisme chronique partiel, il ne se prononce pas, faute de documents. (Charcot, Leçons de Vieillards, p. 222.)

M. Crèvecœur qui passe en revue les diverses observations de Charcot, Vergely, Vidal et Colombel, en voulant se rendre compte de la valeur de ces documents au point de vue de l'influence héréditaire, s'attache à démontrer que les indications qu'on y trouve : *rhumatisant, goutteux, douleurs articulaires*, etc , ne constituent point des éléments assez précis, pour pouvoir fournir la preuve de l'existence du rhumatisme chez les ascendants.

Ici se place alors la question si intéressante de la nature même du rhumatisme et des conditions pathogéniques si diversement interprétées. Sans vouloir discuter ici la pathogénie du rhumatisme aigu, nous croyons qu'il importe beaucoup de ne pas envisager l'influence héréditaire, seulement suivant le nombre de transmissions directes de l'arthrite noueuse. Car, suivant les paroles du professeur Bouchard (1), ce qui est héréditaire, ce n'est pas la maladie, c'est la disposition morbide, c'est la diathèse, c'est, en d'autres termes, le trouble général de la nutrition qui est le même chez « les « ascendants et les descendants, et qui chez les uns et chez « les autres peut aboutir au rhumatisme, au diabète, à l'obé« sité, à la goutte, etc., à l'une ou à plusieurs de ces maladies, « que relie la même altération nutritive, qui dérivent d'un « tronc commun et qui constituent une même famille « morbide ».

Pour juger de l'importance étiologique de l'hérédité, nous avons donc fait chez les ascendants de nos malades une enquête générale des désordres constitutionnels, qui prouveraient l'existence de cette prédisposition morbide. Du

(1) Maladies par ralentissement de la nutrition.

nombre total des observations que nous reproduisons dans ce travail dix-huit manquent totalement de renseignements sur les antécédents héréditaires. Nous n'avons donc à considérer que vingt, dont sept renferment la formule : antécédents héréditaires nuls. Parmi les treize cas restants, on retrouve chez sept malades la transmission directe du rhumatisme, qui revêt chez les ascendants toutes les formes possibles : aiguë, subaiguë, chronique simple, noueuse, etc. Chez les autres six malades, les renseignements héréditaires sont très variés, mais prouvent suffisamment l'existence d'un terrain constitutionnel apte à engendrer le rhumatisme noueux. C'est ainsi que nous avons trouvé chez les parents de ces malades :

Tuberculose pulmonaire	5 fois
Asthme	2 —
Goutte	1 —
Diabète	1 —
Alcoolisme	2 —
Cancer	2 —
Hystérie	3 —
Maladie de Basedow	2 —
Idiotie	1 —
Anémie	2 —
Dyspepsie	2 —
Migraine	2 —
Maladies cutanées (psoriasis, acné, eczéma)	5 —

Toutes ces circonstances morbides, que nous retrouvons chez les ascendants et qui sont également signalées par Charcot, Besnier, Lancereaux, Crèvecœur, etc., prouvent que le rhumatisme noueux se développe le plus souvent sur un terrain prédisposé; mais c'est chez l'enfant surtout que cette influence héréditaire se manifeste plus clairement et constitue un des points les plus importants dans l'étiologie de l'affection qui nous occupe. Contrairement aux assertions de Durand-Fardel (1), qui refuse à cette époque de la vie, l'aptitude spéciale d'une évolution diathésique, nous croyons que l'arthrite noueuse peut se développer d'autant plus facilement

(1) Union médicale, 1881, n° 118, 27 août.

chez les jeunes sujets et chez les enfants issus de parents rhumatisants, goutteux, diabétiques, nerveux, etc.

Les chiffres que nous trouvons à cet égard dans une statistique de M. Sycrs du Westminster Hospital à Londres (1), démontrent que l'hérédité du rhumatisme est plus marquée chez les sujets âgés de moins de 20 ans. Dans cette statistique qui fournit l'analyse de cinq cents cas de rhumatisme dans leur rapport avec l'hérédité, deux cent vingt-cinq cas se rapportent à des enfants ; et comme la proportion moyenne des cas héréditaires pour tous les âges est de 38,6 0/0, celle des enfants, qui est plus grande, surpasserait de beaucoup ce chiffre.

La statistique de nos cas nous fournit au point de vue héréditaire un taux à peu près égal.

Pour mieux fixer les idées sur ce point, nous allons donner ici une de nos observations se rapportant à un cas type de transmission héréditaire :

Observation XX (Personnelle).

La nommée V... Marie, âgée de 22 ans, sans profession, entre à l'hôpital de Rothschild, dans le service de M. le Dr A. Weill, le 19 mai 1890, pour un ensemble de symptômes que voici :

Goitre très accusé et uniformément développé sur les deux lobes de la glande thyroïde datant depuis un mois ; tachycardie manifeste (battements de cœur précipités, pointe dans le sixième espace à 10 centimètres du bord sternal, hypertrophie gauche) ; le pouls varie entre 110 et 140. Elle a fréquemment des tremblements généralisés, durant cinq, dix et même quinze minutes, cauchemars épouvantables pendant la nuit, susceptibilité très grande, caractère excessivement variable ; accès de rire, de pleurs et de tristesse. Diarrhée profuse durant six à huit heures et suivie de constipation pendant plusieurs jours. A côté de tous ces symptômes, qui dessinent bien le tableau de la maladie basdowienne, mais sans exophthalmie, la malade accuse des douleurs dans les deux genoux, dans l'épaule droite et surtout dans l'articulation des doigts. Les deux petits doigts (auriculaires), l'annulaire gauche et l'indicateur droit présentent à des degrés différents le second type de déformation décrit par M. le

(1) Bulletin médical, 1888, n° 56.

professeur Charcot : extension de la phalangette sur la phalangine, flexion des phalangines sur les phalanges ; extension des phalanges sur les têtes métacarpiennes. Mais il n'y a point de déviation latérale ni ankylose articulaire. Dans les articulations phalango-phalangiennes des deux auriculaires il y a manifestement des craquements. Dans le genou gauche un peu de liquide.

Un mois auparavant la malade avait déjà fait un séjour à l'hôpital (salle des femmes, lit nº 15) pour un hygroma développé spontanément et guéri au bout de trois semaines. Quelques semaines avant, elle dit avoir eu encore une forte douleur dans la nuque avec torticolis droit, durant quelques jours. Elle fait remonter ses diverses douleurs articulaires et surtout celle des doigts vers l'âge de 17 ans, époque à laquelle elle fut réglée pour la première fois. En tout cas c'est par les articulations des doigts que l'affection avait débuté.

Cette première menstruation s'accompagna du reste d'une chlorose qui dura près d'un an.

A côté de tous ces symptômes, la malade atteinte l'hiver dernier de l'épidémie régnante (grippe) eut consécutivement durant plusieurs semaines, des douleurs et des bourdonnements dans les oreilles, sans aucune espèce d'écoulement. Ce dernier symptôme revenant depuis, presque régulièrement aux époques menstruelles, ne cède à aucun traitement soit local, soit général et paraît dépendre d'une congestion de la membrane du tympan, d'origine également rhumatismale (1).

Les antécédents héréditaires de cette malade sont particulièrement intéressants et forment un tableau excessivement riche, où l'on voit tour à tour alterner et se croiser, le rhumatisme sous toutes les formes ; l'hystérie, le goitre exophthalmique, les dermatoses les plus variées, etc.

Mère, a eu plusieurs fois du rhumatisme articulaire aigu et subaigu.

Père, se porte bien.

Frère aîné, bronchitique et a souvent la voix couverte (laryngite).

Sœur aînée. Très nerveuse, a eu à différentes reprises des

(1) Le Dr Cornelius Williams de St-Pauls (Etats-Unis) nous a relaté personnellement plusieurs faits semblables, qu'il attribue généralement au « Rheumatic Poison » et nous annonce un travail qu'il poursuivait en ce moment sur la question.

crachements de sang et une toux spasmodique persistante. Malgré l'examen le plus minutieux nous n'avons pu révéler chez elle aucune lésion pulmonaire; il s'agit là probablement d'une névrose pulmonaire semblable à celle que nous avons observée chez une de ses cousines dont nous parlerons plus loin. Elle voyage beaucoup, s'expose souvent aux changements de température et de climat, et nous dit avoir eu des attaques fréquentes de douleurs articulaires, surtout dans les grandes jointures, l'obligeant à garder le lit pendant deux ou trois jours. Mais ce qui est frappant chez elle, c'est un certain degré d'exorbitisme avec regard fixe et étrange, exorbitisme qui augmente, diminue et disparaît même par instants, suivant les moments d'émotion, d'énervement ou d'excitation plus ou moins grande. Elle a parfois des battements de cœur assez gênants, mais nous ne trouvons aucune modification appréciable à l'examen du cœur. Le corps thyroïde est normal.

Frère cadet, se trouve actuellement à l'hôpital de Rothschild pour une éruption tenace de psoriasis.

Tante paternelle âgée de 43 ans, danseuse à l'Opéra, a eu depuis sa jeunesse plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, suivies de complications cardiaques manifestes, et depuis quelques années elle a tout l'ensemble classique de la maladie de Basedow; tachycardie (tenant déjà à sa cardiopathie), goitre, exophthalmie considérable de deux côtés, caractère irritable et colère avec des accès de délire de persécution. Cette tante a encore souvent des attaques de rhumatisme aigu, qui la tiennent au lit durant des semaines.

(S'il nous est permis d'émettre une hypothèse pathogénique chez elle, nous croyons avoir là un cas de rhumatisme consécutif aux spasmes fonctionnels et aux contractures qu'elle a imprimées dans sa jeunesse à ses jambes pour le métier de danseuse. Les relations intimes qui existent entre ces spasmes professionnels, l'excitation consécutive des centres médullaires et les processus rhumatismaux, sont bien connus et établis sur des faits nombreux en clinique).

Oncle maternel. Rhumatisant et excessivement nerveux.

Tante maternelle a eu plusieurs fois du rhumatisme polyarticulaire aigu et de l'eczéma chronique.

Cousine (*Fl. M.*) âgée de 22 ans, fit cette année un séjour de deux mois dans notre service pour des manifestations hystériformes avec maladie de Basedow à forme fruste: tachycardie prononcée, pouls variant entre 120 et 160, très souvent élévation

de température avec sueurs profuses, tremblements des membres, vertiges, étourdissements et syncopes même. Tuméfaction notable et quelquefois passagère du corps thyroïde. Hémoptysies fréquentes, survenues pour la première fois il y a cinq ans, à la suite de la mort de son père (émotion). Aucune trace de lésion pulmonaire. Épistaxis et ménorrhagies fréquentes. En outre la malade présente des plaques d'anesthésie complète sur les membres du côté gauche. Elle n'a jamais eu de crise franche d'hystérie, mais son caractère est très variable et capricieux; elle a souvent des accès de rires et des pleurs, des cauchemars, une susceptibilité exagérée, une loquacité extraordinaire, etc.

Deux autres cousines, sœurs de la précédente, danseuses de profession, sont excessivement nerveuses et l'une d'elles a un léger degré d'exophthalmie et des palpitations fréquentes.

A côté de l'influence héréditaire et indépendamment d'elle, se placent comme agents étiologiques une série de phénomènes morbides dépendants de ce qu'on est convenu d'appeler constitution et tempérament individuels.

Nous ne ferons que les signaler ici, nous réservant pour le chapitre symptomatologique d'énumérer et de discuter les coïncidences pathologiques.

En terme général, la scrofule, le lymphatisme et tous les états débilitants, précèdent chez nos petits malades l'éclosion du rhumatisme noueux. Mais ces indications étant trop vagues, voici la liste détaillée de ces manifestations :

Eczéma généralisé..	1 fois.
Impétigo du cuir chevelu............	6 —
Adénite cervicale ou axillaire.......	7 —
Ophtalmie et conjonctivite..........	4 —
Otite..................................	2 —
Rachitisme...........................	1 —
Dentition retardée ou défectueuse...	2 —
Convulsions..........................	1 —
Fièvre intermittente................	1 —
Fièvre typhoïde......................	2 —
Scarlatine...........................	1 —
Coqueluche...........................	2 —

L'influence de la *chlorose* sur le développement du rhumatisme noueux, ne peut pas entrer en ligne de compte chez nos malades, vu que cette affection est rare chez les enfants

avant la puberté, malgré les affirmations contraires de Sauvage (1), Hufeland, Marshall-Hally, Jolly, Cabaret, Cazin (de Gand), et plus particulièrement de Nonat.

L'arthritis chlorosi de Musgrave ne se retrouve pas daus nos cas.

Deux de nos malades (cas de Dally et cas de Sené), ont eu quelques mois avant l'apparition du rhumatisme, le premier, le *croup*, le second, l'*angine diphtéritique*. Enfin l'*allaitement irrégulier* ou vicieux, est signalé six fois dans nos observations.

Misère. — Si dans bon nombre de cas, l'indication de cette condition déterminante manque totalement, il n'en est pas moins vrai, que la misère est un facteur puissant de la débilitation des petits malades et par conséquent du développement du rhumatisme.

Dans le terme misère, on englobe tout un ensemble de circonstances sociales, comme alimentation insuffisante et mauvaise, fatigue corporelle ou surmenage, souffrances morales, hygiène défectueuse, etc., que nous retrouvons à peu près toutes dans la majorité des cas. Nous pouvons donc appliquer aux enfants la même dénomination de *goutte de l'indigence*, que Landré-Beauvais avait assignée aux vieilles femmes.

Froid et humidité. — Dix fois nous avons retrouvé l'influence du froid prolongé et humide dans les antécédents de nos malades.

Deux fois seulement le refroidissement brusque. Cet agent étiologique cité par tous les auteurs et que le malade lui-même s'empresse toujours de signaler, est sans contredit très favorable à l'éclosion du rhumatisme noueux.

Charcot dans ses leçons cliniques insiste sur ce point : « Des habitations au rez-de-chaussée, des chambres humides « et sombres, des draps mouillés, des papiers tombant des « murs, telles sont les conditions qui se retrouvent chez la « plupart des individus atteints de rhumatisme chronique ; en « outre, les malades ont séjourné longtemps dans ces tristes « réduits, pendant quatre, six, huit et dix ans. »

(1) Nosologie, Paris, 1771.

Moncorvo rappelle qu'à Rio-de-Janeiro, comme d'ailleurs dans beaucoup d'autres villes, « les terrains bas n'ayant pas « la pente nécessaire à l'écoulement des eaux pluviales, les « rues, les maisons privées d'air, constituent une source per- « manente d'humidité et une calamité qui afflige presque « sans exception la classe indigente ». De là, les cas nombreux de rhumatisme, que l'auteur constate dans les statistiques de la capitale du Brésil. Guéneau de Mussy insiste (1) sur l'insalubrité des murs due au développement cryptogamique, que Moïse avait déjà caractérisé dans un chapitre du Lévitique, sous le nom de *lèpres des maisons*. Il croit même que ces productions cryptogamiques exercent une influence directe sur le développement du rhumatisme.

Quoi qu'il en soit, le froid et l'humidité ne constituent en somme que des causes adjuvantes d'une importance assez grande mais pas indispensables à la production de l'arthrite noueuse. Mais à côté de la question des habitations froides et humides se placent les professions qui exposent à l'humidité. Il est vrai que la plupart de nos malades n'ont point encore de profession; ce qui n'empêche pas de prendre en considération ce point étiologique, quand il s'agit d'enfants pauvres, qu'on fait travailler de bonne heure.

Il nous reste à ce propos, à dire quelques mots de l'influence étiologique du *traumatisme* et de *l'abus fonctionnel des articulations*. Dans le cas communiqué par M. Séné, l'origine de l'affection remonterait à une chute sur le genou, chose qui, du reste, n'est pas sans précédent, car M. Charcot cite l'histoire d'une femme atteinte de rhumatisme noueux, ayant débuté par l'épaule droite, qui avait été fortement contusionnée à une époque antérieure. Il cite également le fait d'une femme de la Salpêtrière, chez laquelle un panaris développé sur l'un des doigts de la main, marqua le début d'un rhumatisme noueux, qui commença par les jointures les plus voisines du point malade. Des faits semblables ont été signalés par le Professeur Potain (2), faits qui méritent d'être reproduits.

(1) Clinique médicale, 1874, t. I, p. 305.
(2) Gazette des Hôpitaux, 1878, n° 26, p. 201.

1° *Jeune fille qui fut prise à la suite de l'avulsion d'une dent, d'une douleur presque subite dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien, du côté correspondant à celui de la dent arrachée. douleur qui passa quelque temps après dans le sterno-cléido-mastoïdien de l'autre côté, puis de là, à l'épaule.*

2° *Jeune garçon qui, ayant une plaie à la jambe, fut pris, à la suite d'un refroidissement, d'un accès de chorée qui se manifesta plus tard avec tous les caractères de la chorée rhumatismale.*

Enfin signalons encore le fait rapporté par M. Mollière (de Lyon) d'une femme de 29 ans qui, à l'âge de 12 ans, ayant fait une chute sur le genou, vit se développer une arthrite chronique qui récidiva depuis très souvent; et celui du Dr W. Ord (cité par Dyce Duckworth) (1), relatif à une polyarthrite surveuue, à la suite d'un traumatisme d'une articulation métacarpo-phalangienne. L'auteur explique le fait, par un réflexe allant exciter le centre commun des articulations. Dans l'observation due à M. Potain (où le rhumatisme noueux avait débuté à l'âge de 10 ans), le malade exerçait la profession de peintre sur verre, et se servait, paraît-il, de petits pinceaux exigeant un effort continu des articulations, du pouce et de l'index; aussi c'est par ces articulations-là que débuta le mal.

Cet exemple d'abus fonctionnel se rattache aux faits établis par M. Ballet, sur la relation entre les spasmes ou crampes fonctionnels et le rhumatisme articulaire chronique (2).

Tout récemment, enfin, M. le Professeur Verneuil, a signalé une variété de pieds bots dite phlébitique, et a rapporté quelques cas rares de difformités des pieds et des orteils consécutives à certaines phlébites des membres inférieurs. (Académie des sciences, séance du 29 mars 1890.)

(1) Théorie nerveuse de la goutte, ouvr. trad. en français par M. le Dr Sardes.

(2) G. Ballet. Bulletin de la Soc. Med. des Hôpitaux, 8 juin 1888.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

La description clinique du rhumatisme noueux chez les enfants, comporte des considérations nombreuses se rattachant à l'évolution spéciale de la maladie, aux allures particulières de chacune de ses phases, et surtout à la coïncidence fréquente d'une série de circonstances pathologiques, dont l'importance nous semble avoir une portée très grande pour l'explication de la nature même de cette maladie.

Mais il importe d'abord de bien délimiter l'objet de cette étude, qui ne vise, en somme, qu'une des nombreuses variétés cliniques, que M. Charcot avait réunies dans le groupe commun du *rhumatisme articulaire chronique*. M. Besnier a un peu restreint ce groupe, qu'il a intitulé *rhumatisme chronique osseux* ou ostéochondrite rhumatismale chronique, en éliminant de son cadre le *rhumatisme articulaire chronique fibreux* décrit pour la première fois par le professeur Jaccoud (1867).

Toutes les variétés contenues dans ce groupe ont été ramenées à trois types principaux ;

1° Rhumatisme articulaire chronique progressif ou noueux (1).

2° Rhumatisme articulaire chronique partiel.

3° Rhumatisme ou nodosités d'Heberden (*digitorum nodi*).

Cette classification de l'illustre professeur de la Salpêtrière est restée classique en France comme à l'étranger, et permet seule d'aborder l'étude méthodique de cette affection. Mais il n'est pas moins vrai qu'en clinique, ces trois types ne se présentent pas toujours avec les mêmes caractères propres et bien délimités, qu'on leur avait assignés en principe.

(1) Synonymie : Rhumatisme chronique osseux multiarticulaire de Besnier, goutte asthénique primitive de Landré-Beauvais, nodosités d'Haygarth, arthrite rhumatismale de Garrod, rhumatismes goutteux de Fuller, polyarthrite déformante ou noueuse, goutte sénile des pauvres, des femmes, etc.

Souvent, on voit sur un même sujet, les caractères du rhumatisme noueux *à côté de ceux du rhumatisme d'Heberden* ou même avec ceux du *rhumatisme chronique fibreux* (rétraction tendineuse et aponévrotique (1).

« Il y a, ajoute Besnier, dans chaque type, des degrés qui « ne sont autres que ceux de toutes les affections rhuma- « tismales, et qu'on ne doit jamais manquer de spécifier sous « la désignation de formes légères, moyennes ou graves, sous « peine de perpétuer, dans le diagnostic, le pronostic et le « traitement de ces altérations, la plus déplorable confusion. »

On distingue en général deux formes de *rhumatisme noueux* au point de vue de son évolution clinique : l'une, plus fréquente chez les sujets jeunes, c'est la *forme rapide* et l'autre, caractéristique de la vieillesse, la *forme lente*. Cette division un peu théorique, se prête en effet à une description méthodique, bien qu'en réalité des formes hybrides ne soient pas précisément rares.

Mathieu, dans sa thèse sur le rhumatisme noueux chez les jeunes sujets (15 à 30 ans), signale de même, la fréquence de la forme rapide chez ses malades. Moncorvo classe dans la même variété le cas de la petite malade (2 ans 1/2) qui forme l'objet de son mémoire si remarquable. Enfin la plupart des observations, qui font l'objet de notre travail, nous offrent à quelques détails près, les traits caractéristiques de cette forme dite à *évolution rapide* dont voici la description typique empruntée à l'article de M. Besnier :

« *La forme rapide* attaque un grand nombre de jointures, affecte au début les caractères du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, donne lieu à des phénomènes articulaires et périarticulaires très douloureux et produit des déviations et des rétractions précoces, qui heureusement ne sont pas toujours définitives, comme celles des formes lentes.

Elle se caractérise en outre, par la fixité des altérations articulaires, le peu de développement des lésions ostéo-cartilagineuses, l'intensité des crampes douloureuses, la rapidité de l'atrophie partielle des muscles, par la précocité corrélative des déviations, et enfin, par l'état bectique, qui succède à la

(1) Observation du professeur Vulpian (XXXI).

période fébrile aiguë des exacerbations séparées les unes des autres, par des intervalles quelquefois considérables. »

La seconde variété, la *forme lente*, qui, d'après Charcot, serait exclusivement l'apanage de la vieillesse, se rencontre encore assez souvent chez les jeunes sujets de même que dans l'enfance, comme le prouvent plusieurs de nos observations.

Elle est insidieuse, avec envahissement successif des diverses articulations, sans réaction fébrile, les phénomènes locaux étant très peu accusés au début. Les spasmes musculaires, les crampes ou douleurs sont moins intenses et amènent moins de déviations; mais les déformations dues aux altérations articulaires sont plus prononcées. Néanmoins comme nous l'avons dit plus haut, la plupart des cas se rapportant à l'enfance offrent à notre investigation, la combinaison la plus capricieuse des modalités cliniques que nous venons de schématiser.

Le début aigu ou insidieux chez les petits malades est difficile à déterminer avec l'exactitude voulue, et souvent le point de départ est complètement ignoré par le malade et son entourage. Néanmoins, nous avons essayé de dresser à ce point de vue, une petite statistique, dont voici les résultats très incertains, d'ailleurs:

2 fois	début à	forme	suraiguë.
6 —	—	—	aiguë.
4 —	—	—	subaiguë.

et le reste, c'est-à-dire la majorité, début *ignoré* ou *très insidieux* avec ou sans exacerbations subaiguës.

En général, on note comme premier phénomène morbide, une sensation désagréable au niveau des extrémités; c'est une sorte d'engourdissement, suivi bientôt de raideur et souvent de spasmes douloureux, qui peuvent aller jusqu'à la contracture, comme dans l'observation de M. Séné, recueillie dans le service d'Archambault. Le maître avait porté, primitivement, le diagnostic de tétanie; mais il survint rapidement un gonflement des doigts et des mains, considérable; et il se produisit des déformations telles, que ce diagnostic dut être abandonné et remplacé par celui de rhumatisme noueux.

La question des phénomènes spasmodiques musculaires qui précèdent, accompagnent ou suivent les affections articu-

laires chroniques, a été diversement traitée par les auteurs. Mais il résulte de cette discussion, qui est encore loin d'être close, que ces contractions musculaires spasmodiques se produisent par une sorte d'action réflexe, dont le point de départ est dans les jointures affectées. (Charcot.)

M. Hilton, chirurgien de Guyes Hospital, en discutant sur ce point dans son livre (on rest and pain, etc., 2me édition, London 1877) exprime nettement l'idée régnante en disant : « Quand la cavité articulaire est inflammée ou irritée d'une « façon quelconque, l'influence de cette condition est trans- « portée à la moelle épinière et de là réfléchie sur les divers « muscles, qui meuvent la jointure par l'intermédiaire des « nerfs moteurs correspondants. »

Presqu'en même temps que ces phénomènes spasmodiques, l'arthropathie se déclare nettement par de la *douleur*, *rougeur*, *tuméfaction* et même par l'existence d'un *épanchement* plus ou moins considérable.

La tuméfaction épiphysaire et périarticulaire n'est pas toujours bien considérable, elle est presque insensible. Cependant dans les cas graves elle atteint des dimensions énormes, et il suffit d'envisager sur photographie (pl. II) les genoux et les poignets d'une de nos malades (observation publiée par notre maître, le Dr A. Weill, dans la nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1890 janvier), de même que les genoux de la malade du Dr Sergiu de Bucarest (observation publiée dans le Spitalul 1887 pl. III) pour s'en convaincre. La peau est alors très distendue, amincie et quelquefois le siège d'une infiltration œdémateuse, surtout au niveau des épiphyses des phalanges.

La rougeur est un phénomène transitoire, occupe d'abord le pourtour des jointures, puis seulement les points saillants du gonflement périarticulaire ; enfin elle disparaît ; et, à sa place le tégument devient pâle et décoloré. Dans certains cas, au contraire, la rougeur s'accentue, la peau se fronce, se ride et devient le siége de modifications morbides qui aboutissent, sous l'influence de diverses causes occasionnelles, à la production d'un eczéma ou d'une dermite plus ou moins tenace.

La douleur, symptôme essentiel dans toute manifestation rhumatismale, accompagne et domine, pour ainsi dire, toute

la filiation des phénomènes, qui se passent du côté des jointures atteintes.

La sensation désagréable du début et l'engourdissement articulaire, les spasmes et les contractures musculaires, les crampes et enfin la production des déviations, des gonflements et des craquements, chacune de ces étapes provoque un retentissement douloureux, plus ou moins vif dans la jointure malade, et quelquefois le long des membres. La pression, le froid, l'humidité, la fatigue fonctionnelle, augmentent cette douleur, qui, en somme, n'est que passagère et intermittente. Mais à côté de cette forme douloureuse, les malades, et surtout, les jeunes sujets, les enfants, accusent un sentiment de douleur continuelle, sorte de lassitude pénible, d'endolorissement exaspérant auquel s'ajoutent généralement les premières sous forme d'exacerbations violentes.

Nous insistons sur cette différenciation spéciale du symptôme *douleur*, non seulement à cause de la forme différente qu'elle affecte sur le malade même pour l'analyse clinique, mais surtout à cause de l'origine diverse de ces deux sortes de manifestations douloureuses.

L'une, la douleur continuelle, ou plutôt l'endolorissement permanent, est la manifestation essentielle de la diathèse, c'est la douleur dite rhumatismale, le retentissement lent et permanent d'une modification soit dynamique soit organique, résidant dans l'axe cérébro-spinal. Elle relève directement de la nature même du rhumatisme.

L'autre, paroxysme douloureux, intermittent, passager et souvent accompagné d'une réaction fébrile, n'est que le retentissement réflexe d'un des facteurs si nombreux dont nous avons longuement discuté le rôle étiologique, soit dans la formation même, soit dans l'aggravation progressive de l'affection.

C'est ainsi que s'expliquent à nos yeux, les poussées douloureuses, que nous relevons chez nos malades, particulièrement au moment des époques menstruelles. Ce sont les mêmes douleurs qu'ils accusent par les changements brusques de la température et des conditions météorologiques, par les fatigues, les traumatismes et même les émotions morales.

De même que dans les attaques du rhumatisme articulaire

aigu, où l'agent infectieux s'ajoute périodiquement à la diathèse, la douleur paroxystique a un caractère variable et occupe souvent non seulement les jointures affectées du processus essentiel du rhumatisme noueux, mais encore la majorité de celles, qui par une suractivité fonctionnelle, offrent une certaine prédisposition morbide. Quelquefois même cette douleur paroxystique respecte totalement les articulations noueuses, objet de soins spéciaux, et affecte indifféremment les autres. Exemple :

Une de nos malades (Gabrielle L.) avait des poussées douloureuses à chaque époque menstruelle au niveau des genoux, des épaules et des coudes, tandis que ses doigts atteints de déformations noueuses, étaient complètement indolores.

Mais d'une façon générale pourtant, la fixitéremar quahle que les auteurs ont toujours signalée comme caractère différentiel dans le rhumatisme noueux, existe également chez la plupart de nos malades ; les jointures noueuses en sont le siège permanent et le lieu de prédilection des exacerbations éventuelles qui dépendent, comme nous avons vu, des douleurs paroxystiques surajoutées.

Les *épanchements articulaires* ne sont souvent que la manifestation unique d'un rhumatisme chronique latent, qui plus tard évolue dans le sens de la forme noueuse. Quelquefois ils existent seuls dans une ou plusieurs articulations, tandis que d'autres sont le siège des modifications anatomiques, qui aboutissent aux déformations. Enfin l'hydarthrose amène souvent l'écartement des têtes articulaires avec luxation consécutive et, tandis que dans certaines jointures, elle persiste et accompagne les divers processus aboutissant à la déformation, dans d'autres elle disparaît, laissant à sa suite une synoviale épaissie, villeuse, rugueuse et sèche ; d'où les frottements articulaires.

A ces froissements caractéristiques, succèdent plus tard *des craquements* plus ou moins prononcés, qui témoignent de la formation d'ostéïdes et de l'éburnation épiphysaire. Il se produit ensuite une rétraction des tissus fibreux périarticulaires ; et la rétraction spasmodique des muscles s'accentue à son tour soit du côté des groupes extenseurs, soit du côté des fléchisseurs.

Les déviations sont ainsi constituées. Elles affectent les types qu'on rencontre dans le rhumatisme chronique fibreux ; et traitées convenablement on peut encore les faire disparaître d'une façon plus ou moins complète.

Le rhumatisme chronique fibreux de Jaccoud n'est donc qu'une étape de l'évolution progressive qui caractérise la forme noueuse.

Abandonnées à elles-mêmes, et aux influences persistantes des conditions étiologiques qui les régissent, les déviations deviennent permanentes et les jointures deviennent le siége de modifications anatomiques, telles que, ankylose celluleuse, production de hourrelets osseux, etc. L'ensemble de ces phénoménes auxquels participent la synoviale, le tissu sous-séreux, le tissu cartilagineux, les épiphyses osseuses, le tissu fibreux périarticulaire, de même que les tendons et les muscles, donne lieu à la production des *déformations* qui caractérisent l'arthrite noueuse. C'est en d'autres termes l'ostéochondrite rhumatismale de Besnier.

Ces modifications anatomiques peuvent se limiter seulement au tissu osseux épiphysaire et donner ainsi au niveau des phalanges la forme d'Heherden dite : *digitorum nodi.*

Les quelques auteurs qui se sont occupés du rhumatisme chronique infantile, depuis Moncorvo jusqu'à Pélissié, contestent l'existence de la forme d'Heherden chez les enfants.

Un hasard heureux nous a fait rencontrer tout dernièrement un cas remarquable de rhumatisme d'Heherden coexistant avec la forme noueuse chez un jeune idiot, dont l'observation que voici a été publiée dans la nouvelle Iconographie de la Salpêtrière :

Observation XXI (Personnelle).

Recueillie à Saint-Vaast-la-Hougue (Manche).

Louis L..., 19 ans 1/2, sans profession, mendie dans les rues de Saint-Vaast et appartient à une famille de cultivateurs honnêtes et travailleurs. Le père se plaint surtout de douleurs articulaires, pour lesquelles il est souvent obligé de garder le lit pendant plusieurs jours ; il n'a pas de déformations. La mère dit être bien portante, elle a eu 7 enfants, dont 3 sont

morts jeunes (une fille morte à 11 ans de méningite, un garçon de 7 ans mort également de méningite et un garçon mort à 6 ans d'une fluxion de poitrine) et 4 sont vivants.

Parmi ces 4 enfants, 3 (2 filles et 1 garçon) sont bien portants, travaillent la terre et n'ont jamais eu de maladie. Le quatrième, c'est « le petit idiot », qui est malade depuis le premier moment où il a été sevré. C'est alors (à l'âge d'un an) qu'il eut de l'entérite, durant à peu près six mois ; et consécutivement une série de manifestations strumeuses, pendant toute son enfance jusqu'à



l'âge de la puberté. (On retrouve encore sur les mains et sur les jambes les traces indélébiles d'éruptions successives et presque continuelles d'ectyma.) Mais parallèlement à cette évolution scrofuleuse, le malade subit à partir de l'âge de 2 ans les atteintes de la diathèse rhumatismale. Tous les hivers les articulations des mains et des pieds de même que les grandes jointures des membres inférieurs étaient le siège de douleurs, gonflement et immobilité, presque permanente. Obligé par cet état de rester couché dès sa plus tendre enfance, son développement osseux ne s'effectua que tardivement et d'une façon vicieuse et asymétrique. Il n'a pas eu de rachitisme, car il n'en présente pas les indices actuels et pourtant il n'a commencé à marcher que vers l'âge de 5 à 6 ans.

Son intelligence a subi également un arrêt de développement. Il a un peu de mémoire, saisit assez bien tout ce qu'on lui dit,

sait lire et écrire. Mais c'est à peu près tout, car sans être absolument idiot, il est très arriéré pour son âge ; allure, conversation, raisonnement et instinct, tout trahit chez lui l'être imparfait et une intelligence très rudimentaire.

La forme de sa calotte cranienne est pointue, très déprimée du côté de l'occiput et un peu du côté du front. La figure est asymétrique, le côté droit étant plus allongé et plus élargi que le gauche, les arcades sourcillères ne sont pas au même niveau, les ailes du nez inégalement développées.

En même temps il y a un certain degré de retrait du maxillaire inférieur, dont l'arcade dentaire est dépassée par la supérieure d'à peu près 4 à 5 m/m. La lèvre supérieure est aussi plus grosse que l'inférieure et surplombe celle-ci d'une façon très évidente.

Les yeux présentent un strabisme convergent très accusé. Toutes ces particularités donnent à la face du malade un aspect spécial qui devient absolument simiesque, dès qu'il essaie de rire ou de pleurer; car le développement des grimaces ne se fait pas chez lui d'une façon égale pour chaque côté de la figure.

Le malade ne mesure que 1 m. 40 de hauteur. Le tronc présente une conformation assez normale; il y a chez lui une dépression sternale des plus marquées (comme celle des cordonniers). Pas de chapelets rachitiques. Pas de pachydermie.

Membres supérieurs. Bras et avant-bras normaux ; peu d'atrophie musculaire.

Main gauche. Epiphyses supérieures du second métacarpien et de la phalange du pouce augmentées de volume.

Luxation et flexion, exagérées de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, maintenues du côté palmaire par une rétraction tendineuse du long fléchisseur propre du pouce.

Ankyloses complètes ou incomplètes au niveau des articulations phalango-phalanginiennes des autres 4 doigts.

Nodosités d'Heberden, au niveau des deux épiphyses phalanginiennes.

Atrophie notable et raccourcissements de presque toutes les phalangettes.

Ongles rudimentaires, durs, cassants et rayés, un certain degré de rétraction de l'aponévrose palmaire.

Main droite.

Ankyloses complètes ou incomplètes, de toutes les articulations phalango-phalanginiennes.



PHOTOCOLLOGRAPHIE CHÊNE ET LONGUET

RHUMATISME NOUEUX INFANTILE. NODOSITÉS D'HÉBERDEN.

IDIOTIE.

LECROSNIER & BABÉ

ÉDITEURS

Nodosités d'Heberden à toutes les épiphyses phalanginiennes sans exception.

Léger degré de flexion, des articulations phalangino-phalanginiennes des 4 derniers doigts.

Atrophie osseuse de toutes les phalangettes.

Ongles rudimentaires et rayés. Même rétraction de *l'aponévrose* palmaire comme à gauche.

Les mouvements d'opposition sont presque impossibles aux 2 mains ; la préhension est également très défectueuse.

Membres inférieurs.

Fémur droit 37 cent. et 1/2, fémur gauche 36 cent., tibias très courts par rapport à la longueur des fémurs. La démarche défectueuse est due très probablement à l'inégalité des 2 membres, de même qu'aux déformations des orteils. (Pas d'atrophie musculaire, réflexes normaux, sensibilité idem.)

Il y a de 2 côtés un certain degré de pied plat. Les deux gros orteils présentent des craquements articulaires. Les autres 4 orteils des 2 pieds sont considérablement atrophiés, les ongles ne sont représentés que par des points rudimentaires.

Le malade dit avoir encore souvent des douleurs passagères dans les genoux. Les articulations des doigts seraient également douloureuses pendant l'hiver.

Il a souvent encore des engelures sur les mains et des éruptions ecthymateuses et impétigineuses.

M. le professeur Bouchard a décrit chez les malades atteints de dilatation de l'estomac, des nodosités phalangiennes qui ne diffèrent en rien des nodosités rhumatismales d'Heberden.

Or, M. le Dr Legendre en cite dans sa thèse (1) trois exemples chez les enfants, dont voici les observations résumées :

1° Un petit garçon de 10 ans a subi toutes sortes d'écarts hygiéniques au point de vue de l'alimentation. J'ai vu cet enfant grandir, pâle, maigre, se plaignant sans cesse de douleurs abdominales et épigastriques et en proie à un état constant de dyspepsie gastro-intestinale, accidenté d'embarras gastrique, fébrile et d'indigestions aiguës.

Ce n'est que depuis un an, que j'ai vu ses doigts devenir noueux, mais ils le sont devenus de la façon la plus évidente. Le clapotage gastrique est perceptible.

(1) Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde. Thèse, Paris 1886.

2° Je fus consulté pour une fillette de 11 ans qui maigrissait et pâlissait, tout en mangeant souvent et beaucoup ; comme les doigts étaient noueux, surtout les auriculaires et les annulaires, l'attention devait se porter du côté de l'estomac. Nous fûmes surpris de constater que le clapotage gastrique était perceptible à 4 travers au-dessous de l'ombilic et à 3 travers à droite de la ligne médiane.

3° Enfin je sais un petit garçon de 7 ans de souche arthritique fils d'une mère atteinte elle-même de dilatation de l'estomac, chez lequel, il y a plus d'un an, fut constaté le clapotage: et dont les doigts sont devenus très nettement noueux, depuis cette époque.

Ces enfants, que M. Legendre appelle lui-même arthritiques et qu'il n'étudie qu'à un point de vue tout à fait unilatéral, n'étaient, en somme, que des rhumatisants chroniques affectés de la forme d'Heberden.

Il résulte de tous ces faits que les enfants, comme les adultes, peuvent être atteints généralement du rhumatisme d'Héberden seul, ou associé à la forme noueuse proprement dite.

Chez beaucoup de sujets le rhumatisme chronique limite sa manifestation à une seule jointure, et loin d'être l'apanage exclusif de la vieillesse, nous croyons, au contraire, que *cette forme dite partielle*, existe chez beaucoup de jeunes sujets de même que chez les enfants.

Beaucoup de coxalgies rentrent dans cette catégorie, et certaines arthrites chroniques du genou sont considérées à tort comme des arthrites tuberculeuses. Quelquefois même la résection a été opérée dans ces conditions. Chez la malade de M. Lacaze-Doré (observation n° XXXIII) l'affection ayant débuté par le poignet gauche, on l'avait traitée en ville pour *une entorse* ; quelques semaines plus tard, ce rhumatisme partiel s'est généralisé et l'enfant entre à l'hôpital des Enfants Malades avec une polyarthrite qui devint bientôt déformante.

L'observation de M. Séné est encore plus instructive, car il s'agissait d'une coxalgie soi-disant traumatique, qui fut traitée à l'hôpital des Enfants-Malades pendant un an et demi, par des appareils inamovibles. Elle contracta alors dans le service une angine diphtéritique compliquée *d'une paralysie du*

voile du palais et quelque temps après, la malade présenta des contractures des membres, qu'on diagnostiqua : *tétanie*. Enfin la polyarthrite déformante vint s'installer définitivement et le diagnostic n'était plus douteux. La coxalgie du début n'était donc que la même affection à forme dite partielle.

A cette forme se rattachent également les cas de rhumatisme cervical, qui produisent soit le torticolis musculaire, et il s'agit alors d'une atteinte rhumatismale aiguë ou subaiguë, soit le torticolis osseux, qui est une véritable manifestation chronique déformante, à forme partielle.

M. le professeur Grancher a insisté dans une leçon clinique (*Bull. Médical*, 1888. *p.* 283) sur la fréquence chez les enfants du rhumatisme cervical, existant soit isolément, soit en même temps que d'autres manifestations articulaires. Le diagnostic des formes partielles serait, d'après cet auteur, très difficile dans certains cas.

Les faits de torticolis osseux ou chroniques d'ordre rhumatismal, sont assez rares, même chez les vieillards.

Pourtant il existe au musée Dupuytren, une pièce portant le n° 614 (a), qui y avait été déposée par Bouvier, et qui provient d'une enfant de 8 ans et demi, atteinte de torticolis depuis l'âge de 5 mois. A cette époque l'enfant aurait eu un spasme musculaire généralisé, une sorte de *tétanie*, qui disparut bientôt.

Peu après, on s'aperçut chez elle, d'un certain degré de contracture du cou ; elle penchait un peu sa tête vers la droite et criait quand on voulait la redresser ou la coucher sur le côté gauche. A deux ans, la santé générale devint meilleure, mais la tête demeura inclinée et la face tournée à gauche. C'est dans cet état qu'elle fut présentée à Bouvier qui, croyant avoir affaire à une simple contracture musculaire, allait entreprendre le traitement, lorsque l'enfant succomba à une fièvre typhoïde.

La pièce, actuellement au musée Dupuytren, fait voir que les premières vertèbres étaient ankylosées et en partie détruites. (*Bull. de l'Académie de médecine*, 1836, et thès d'agrégation de Depaul, 1884, p. 34.)

La forme d'Heberden et le rhumatisme chronique partiel existent donc également dans l'enfance et il ressort claire-

ment des lignes précédentes que ce chapitre si intéressant du rhumatisme chronique, quoique bien obscur encore, mérite une place assez importante dans le cadre de la pathologie infantile.

Revenons maintenant à la forme la plus commune, à celle qui a été l'objet de notre attention spéciale et qui constitue, du reste, le véritable rhumatisme noueux, c'est-à-dire la polyarthrite déformante.

Nous avons vu le développement progressif des désordres articulaires, et les phénomènes soit objectifs, soit subjectifs, qui accompagnent ce processus, il nous reste donc à envisager l'aspect clinique, les formes variées et le siège spécial de ces *déformations* ainsi constituées. Mais tout d'abord, quelles sont les jointures plus spécialement atteintes et quel est l'ordre de l'envahissement successif?

Chez les adultes et les vieillards on sait, et M. le professeur Charcot en a donné la preuve numérique, que les petites jointures sont d'abord atteintes et les grandes un peu plus tard ou même pas du tout, que les extrémités supérieures sont presque toujours atteintes les premières et qu'enfin la symétrie de la lésion des deux côtés est la règle dans le rhumatisme noueux. L'asymétrie est rare et quand elle existe, on voit un seul côté être frappé d'abord, puis, à une époque ultérieure, les lésions articulaires se généralisent.

Toutes ces particularités auraient une importance énorme pour le diagnostic différentiel du rhumatisme chronique et de la goutte.

M. Mathieu fait, à ce point de vue, les mêmes remarques relativement aux sujets jeunes (de 15 à 30 ans).

Il ajoute, en outre, que, tandis que chez les sujets âgés, la maladie peut se borner aux pieds et aux mains pendant de longues années, chez les jeunes sujets il est fréquent de voir presque toutes les jointures, sinon toutes, envahies dans un laps de temps assez limité. Au bout de deux ans, un rhumatisant jeune a quelquefois fait plus de progrès qu'un rhumatisant vieux au bout de sept, huit ou même dix ans.

L'analyse des faits observés chez les enfants nous apprend que la marche centripète des lésions articulaires est loin d'être

la règle comme on l'observe chez l'adulte. Dans vingt et une de nos observations, où le siège du début a été marqué, nous trouvons la répartition suivante des jointures primitivement atteintes :

Les articulations des doigts, seules..........	6 fois.
Les articulations des doigts et des orteils, simultanément..............................	4 —
Les genoux..	3 —
Les poignets.......................................	2 —
Les cous-de-pied..................................	1 —
Les coudes..	1 —
Les épaules..	1 —
Les hanches..	1 —
Les grandes et les petites jointures en même temps (f. suraiguë)........................	2 —

Il y a donc dix débuts par les petites articulations, neuf par les grandes et deux par les grandes et petites à la fois. Ce qui prouve qu'on peut trouver chez les enfants, en dehors de l'évolution centripète, avec une fréquence presque égale, une marche centrifuge de la lésion.

Moncorvo signale cette marche chez sa malade et en se basant sur la description classique de Charcot, il se borne à dire que c'est un fait rare et contraire à la règle.

Lacaze-Doré insiste déjà un peu plus sur l'existence de la marche centrifuge chez l'enfant, et en cite plusieurs exemples. Mais, en rangeant d'une façon méthodique suivant l'âge du début, tous les cas existants, avec les détails chronologiques sur l'envahissement des lésions, il nous a été très facile de découvrir la cause de ces différences cliniques, qui ne sont, en somme, que le corollaire des différences physiologiques existant entre l'enfance proprement dite et l'adolescence. Et en effet, les neuf cas à marche centrifuge ont débuté aux âges suivants :

2 ans (trois cas), 3 ans (un cas), 4 ans (trois cas), six ans (un cas), 8 ans (un cas).

C'est justement la période proprement dite de la deuxième enfance, celle de la croissance rapide, de la formation définitive des tissus, de la deuxième dentition, du développement de l'intelligence et des sens, mais surtout de l'éducation pre-

mière des aptitudes fonctionnelles, qui se passent dans les grandes jointures, comme station debout, marche, course, saut et toutes les évolutions capricieuses des jeux propres à cet âge. Les jointures qui président à ces mouvements, et partant, à ces abus fonctionnels, sont naturellement le *locus résistentiæ minoris* pour le processus rhumatismal. De là la forme centrifuge caractérisant cette époque si tendre de la vie.

Les cas à marche centripète se répartissent de la façon suivante :

à 4 ans	1 cas.
à 7 —	1 —
à 8 —	1 —
à 10 —	2 —
à 12 —	2 —
à 13 —	1 —
à 14 —	2 —

D'après ce tableau, on voit que les malades, présentant la marche centripète, appartiennent déjà à l'adolescence, époque de la vie où les aptitudes fonctionnelles se spécialisent et provoquent des mouvements plus délicats dans les petites jointures (l'écriture, mouvements professionnels des doigts, etc.). A cette époque déjà, comme chez l'adulte, les grandes articulations résistent mieux et plus longtemps aux influences pathogéniques et étiologiques du rhumatisme noueux.

Sans insister de plus sur ce point particulier de l'évolution clinique qui nous préoccupe ici, nous devons ajouter que l'interprétation précédente, où les chiffres paraissent confirmer d'une façon bien nette notre raisonnement étiologique, n'est qu'un simple essai *théorique* que nous donnons sous toutes réserves.

Les jointures le plus fréquemment atteintes sont, sans conteste, celles des doigts, des mains ; viennent ensuite, par ordre de fréquence, les articulations des orteils, les poignets, les cous-de-pied, les genoux, les coudes, les hanches, les articulations sterno-claviculaires, les articulations vertébrales, de la machoire et de l'épaule.

Les observations de Fuller, Trastour, Charcot et autres cliniciens distingués, concernant la rareté de la participation de l'épaule et de la hanche au processus déformant chez les

vieillards, ne concordent point avec ce qui se passe chez l'enfant, où rien ne peut faire présumer cette *immunité* relative.

En terme général, toutes ces déformations articulaires sont caractérisées par des *flexions* et des *extensions* plus ou moins complètes, par des *déviations* latérales et des *rétractions* vicieuses. Toutes ces attitudes maintenues dans une immobilisation plus ou moins complète, sont soumises, d'après Charcot, dans leurs combinaisons diverses, surtout au niveau des doigts, à des lois fixes et régulières, qui régissent ainsi la constitution des deux types distincts, dont voici la description succincte avec les figures à l'appui, d'après l'auteur même. (Maladies des vieillards, 2e éd., p. 201.)

Premier type. — C'est celui qu'on rencontre le plus souvent. Il est caractérisé :

1° Par la flexion à angle obtus, droit ou même aigu de la phalangette sur la phalangine.

2° Par l'extension de la phalangine sur la phalange.

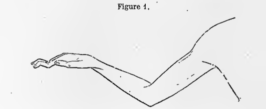
3° Par la flexion des phalanges sur les têtes des métacarpiens.

4° Par la flexion à angle moins obtus des métacarpiens et du carpe sur les os de l'avant-bras.

5° Dans un grand nombre de cas, il existe une inclinaison en masse de toutes les phalanges vers le bord cubital de la main, puis une déviation en sens inverse des phalangines sur les phalanges.

La première de ces deux lésions est souvent l'une des premières déformations qui signalent le début de la maladie.

Figure 1.



Premier type.

Ce type peut offrir deux variétés. Dans la première, la plupart des caractères que nous avons décrits sont conservés ; seulement la phalangine et la phalange sont sur le même axe et forment une seule colonne.

Figure 2.



Première variété du premier type.

Dans la seconde variété, on voit manquer la flexion de la phalangette sur la phalangine, et alors le dos des doigts de la main paraît excavé à partir de la tête saillante des métacarpiens.



Figure 3.



Seconde variété du premier type.

Second type. — Il est caractérisé :

1° Par l'extension de la phalangette sur la phalangine.

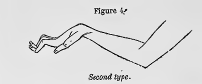
2° Par la flexion des phalangines sur les phalanges.

3° Par l'extension des phalanges sur les têtes des métacarpiens.

4° Par une flexion plus ou moins prononcée du carpe sur les os de l'avant-bras.

5° Dans certains cas, il existe une déviation en masse des phalangines qui se portent visiblement vers le bord cubital de la main.

Figure 4.

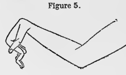


Second type.

Ce type peut offrir, comme le précédent, deux variétés :

Dans la première, il y a flexion de toutes les articulations de la main les unes sur les autres, de manière à constituer une sorte d'enroulement.

Figure 5.



Première variété du second type.

Dans la seconde, on retrouve les mêmes caractères, mais il y a en outre extension des phalangines sur les phalanges.



Figure 6.



Seconde variété du second type.

Vidal a encore décrit un troisième type caractérisé ;

1° Par la rigidité du doigt ; les trois phalanges sont sur le même axe.

2° Par la demi-flexion de la phalange sur les métacarpiens,

saillie de la tête de ces os et déviation en masse des phalanges vers le bord cubital.

Le premier type de Charcot est certainement le plus fréquent, non seulement chez les adultes et les vieillards, mais encore chez les enfants ; et dans nos observations il est le plus souvent signalé ; plus rarement le second.

Le type de Vidal ne figure pas dans nos cas ; nous avons eu l'occasion de les voir chez une malade de 27 ans, qui s'est présentée à la consultation de l'hôpital Rothschild, il y a à peu près 6 mois.

Mais à côté de ces types, nous avons trouvé chez un de nos malades, un type spécial caractérisé par des déviations latérales, permanentes et irrémédiables, des phalanges et des phalangines. Il n'y a ni flexion ni extension ; les déformations sont latérales et les directions qu'affectent les phalanges et les phalangines diffèrent et se combinent, de façon à limiter entre l'index et le médius un espace losangique, qui forme pour ainsi dire l'axe, vers lequel s'incurvent les doigts.

Les deux figures ci-après qui représentent les mains de notre malade, peuvent facilement faire comprendre ce 4e type de déformations digitales. A la main gauche, l'espace losangique et les directions différentes des phalanges et des phalangines sont plus évidentes ; quant à la main droite, le médius n'est pas encore suffisamment atteint et semble former l'axe vers lequel s'incurvent l'index et l'annulaire.

Quant au pouce, que nous n'avons pas encore mentionné dans ces diverses descriptions schématiques, on peut dire que c'est l'articulation métacarpo-phalangienne, qui se trouve le plus souvent altérée ; la phalange est maintenue dans la flexion, quelquefois dans l'extension.

Chez la malade de Moncorvo, c'est l'articulation phalangienne qui était altérée et maintenue dans la flexion, la métacarpo-phalangienne était au contraire intacte. Souvent les déformations du pouce ne figurent pas du tout dans nos cas ; mais dans beaucoup c'est, en effet, sur la métacarpo-phalangienne que porte la déformation ; l'épiphyse métacarpienne est augmentée de volume, tout le pouce fléchi, rétracté en dehors et presqu'incapable d'exécuter convenablement les mouvements d'opposition.

Les flexions exagérées des poignets se rencontrent encore assez souvent et donnent à l'attitude des extrémités, une ressemblance frappante avec les nageoires de phoque, suivant l'expression de M. de Saint-Germain.



Les orteils n'ont rien de spécial dans la disposition capricieuse des déformations phalangiennes. Le gros orteil se trouve dévié en haut et en dehors dans le cas de Moncorvo.

Dans plusieurs cas, l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est très tuméfiée, la phalange rejetée en dehors et couchée sur le 2e orteil ; une autre fois, il y a au contraire rejet de l'orteil en dedans.



Chez un de nos malades personnels, il y a flexion forcée des phalangettes.

M. Lacaze-Doré a constaté dans un cas, des lésions de l'articulation médio-tarsienne, entraînant l'affaissement de la voûte plantaire et comme conséquence, une variété de pied plat valgus douloureux. Au *cou-de-pied* il y a souvent exten-

sion forcée et par conséquent pied bot équin. « Du reste, comme dit M. Besnier, les lésions déterminées par le rhumatisme noueux, donnent naissance dans ces articulations à des déviations et à des attitudes qui peuvent simuler quelquefois les différentes modalités du pied bot. »

L'augmentation considérable du volume de l'articulation du genou, que présentent plusieurs de nos malades, est due à la saillie des condyles du fémur, surtout du condyle interne et à la déviation latérale externe de la rotule. — Les mêmes caractères appartiennent aux déformations de toutes les autres jointures.

Les cas d'envahissement complet de toutes les articulations sont en général rares. Ils dépendent surtout de la marche rapide de l'affection et sont, par conséquent, plus fréquents chez les enfants que chez les vieillards. Les cas du professeur Bouchut, du Dr Dally, du Dr Sergin, etc, sont des exemples frappants de cette généralisation complète. Mais le plus remarquable parmi tous ceux que nous publions et dont nous avons une connaissance exacte, est certainement le cas suivant, que nous avons observé pendant notre internat à l'hôpital de Rothschild, dans le service de M. le Dr A. Weill.

Observation XXII (Personnelle).

Julie R..., âgée de 17 ans, sans profession, demeurant habituellement à Vienne (Autriche), née à Lemberg (Gallicie) et malade depuis l'âge de 8 ans, entre à l'hôpital de Rothschild, dans le service de M. le Dr A. Weill, le 16 septembre 1889 et en sort le 3 décembre suivant.

Antécédents héréditaires. — *Père* asthmatique; *mère* migraineuse, dyspeptique et très nerveuse; une *sœur* aînée idiote; une *tante* (la sœur du père) poitrinaire. Pas d'autres renseignements sur les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Diverses manifestations strumeuses marquent l'enfance de la malade : impétigo du cuir chevelu, écoulements d'oreille, ulcération des gencives, des lèvres et des joues, glandes au cou, etc.

Vers l'âge de 8 ans, la malade fut prise pour la première fois de douleurs articulaires, avec gonflement notable et immobilisation presque absolue des grandes jointures durant trois à quatre mois.

A cette époque, comme avant et après, pendant de longues années, sa famille habitait un sous-sol froid obscur, et surtout très humide.

C'est ainsi que sous l'influence persistante de ces mauvaises conditions d'hygiène, elle eut des atteintes de plus en plus sérieuses et prolongées de rhumatisme articulaire. Les grandes jointures d'abord et les petites ensuite devinrent le siège de douleurs presque continuelles, de gonflements périarticulaires et épiphysaires, et à la longne, de déformations notables, d'ankyloses, avec atrophie musculaire consécutive et contracture des membres supérieurs et inférieurs. En même temps, elle eut une série de troubles oculaires d'ordre inflammatoire (sur lesquels des détails précis nous manquent) jusque vers l'âge de 12 ans, et, à partir de ce moment, il se serait produit chez elle progressivement une exophthalmie symétrique très prononcée.

Après avoir subi des traitements nombreux et prolongés dans les hôpitaux de Vienne et de Pesth, de même que dans les stations thermales de Halle (Autriche) et d'Herculesbad (Hongrie), elle nous arrive à Paris et entre à l'hôpital dans l'état suivant :

Jeune fille petite, ayant l'air d'avoir 8 à 10 ans et non pas 17, son âge réel. Les seins sensiblement développés et l'abondance des poils dans la région pubienne, tout en faisant un contraste étrange avec l'aspect enfantin de la malade, rappellent pourtant qu'elle est à l'âge de la puberté. Elle n'a jamais été réglée.

Elle ne peut ni marcher, ni même se tenir debout.

Les membres sont comme desséchés, la peau est sèche et rugueuse; il y a une atrophie musculaire considérable et un degré très prononcé de contracture des avant-bras sur les bras, des jambes sur les cuisses, et des cuisses sur le bassin, lequel, à son tour, se trouve immobilisé du côté des lombes. Presque toutes les articulations, grandes et petites, présentent une augmentation de volume, des ankyloses plus ou moins complètes et des déformations très prononcées.

Aux doigts, les têtes phalangiennes sont notablement hypertrophiées, dans le sens transversal surtout; les phalanges, les phalangines et les phalangettes sont diversement déviées et nous offrent à côté les unes des autres les différents types d'attitudes vicieuses, le premier principalement, décrit par M. le professeur Charcot.

Les poignets, les coudes, les genoux, et les cous-de-pied sont augmentés de volume et sensiblement ankylosés; quelques mouvements limités peuvent encore être provoqués dans toutes



PHOTOCOLLOGRAPHIE CHÊNE ET LONGUET

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE GÉNÉRALISÉ
CHEZ UNE PETITE FILLE AVEC ATROPHIE MUSCULAIRE CONSIDÉRABLE.

LECROSNIER & BABÉ

ÉDITEURS

ces articulations, sauf pourtant aux cous-de-pied, car les pieds sont immobilisés dans l'extension.

Du côté des orteils, il y a également un certain degré de déviation articulaire, mais beaucoup moins prononcé qu'aux mains.

En outre de ces déformations articulaires, la malade présente un arrêt de développement assez marqué du côté de la cage thoracique et surtout, ce qui frappe le plus, du côté de la partie inférieure de la face.

Le maxillaire inférieur est, en effet, presque atrophié, petit, rétréci. Les lèvres, le nez et les pommettes sont, au contraire, en rapport avec son âge. Quant aux yeux, ils sont fortement propulsés hors des cavités orbitaires; il y a *exophthalmie*. Les globes oculaires sont un peu augmentés de volume, surtout dans le sens transversal; mais il n'y a ni modifications pupillaires, ni autres troubles oculaires quelconques. Cette exophthalmie donne avec l'atrophie du maxillaire, un aspect des plus étranges à la figure de la petite patiente.

Elle ne souffre plus de ses articulations, n'a pas de troubles cardiaques ni pulmonaires, a très bon appétit, est très intelligente et a tous les sens intacts, sauf un léger degré de surdité, de date récente, paraîtrait-il. Il n'y a non plus aucun trouble de la sensibilité soit générale ou spéciale (froid, chaleur, courants continus et intermittents).

Les réflexes tendineux sont pourtant abolis ; mais cela paraît tenir surtout à l'état morbide des articulations et de la musculature.

Le 1er octobre, on la soumit au traitement suivant :

a. Tous les jours, une séance de 15 minutes d'électricité, courants intermittents (pile de Chardin) au niveau même des articulations; courants continus (appareil trouvé de quarante éléments) le long des muscles.

b. Bains sulfureux (durée de 20 minutes), tous les deux jours.

c. Régime tonique, huile de foie de morue, etc.

Au bout d'un mois de ce traitement elle commence déjà à marcher à l'aide de béquilles, ce qu'elle ne pouvait pas faire auparavant. Quelque temps après, elle pouvait même se tenir debout sans béquilles et faire quelques pas en glissant les pieds sur le parquet ou en sautillant légèrement. La contracture avait à peu près disparu ; tant aux membres supérieurs qu'inférieurs, le système musculaire paraissait en voie de régénération, et les têtes osseuses avaient certainement un peu diminué de volume (pl. II).

En un mot, l'état de la petite malade était notablement amélioré lorsque la mère vint nous la reprendre, le 3 décembre, pour la ramener à Vienne.

Nous ne savons pas ce qu'elle est devenue depuis.

En suivant pas à pas l'évolution naturelle du rhumatisme articulaire chronique progressif chez l'enfant, nous n'avons envisagé jusqu'à présent que les symptômes essentiels de cette affection, ayant trait aux lésions articulaires, à la *polyarthrite déformante*, proprement dite.

Mais là ne s'arrête pas le processus morbide ; une fois les jointures lésées et déformées, ces altérations réagissent sur les diaphyses osseuses et sur leurs enveloppes musculaires, et cutanées, soit directement, par l'effet de la contracture des membres et de la raideur musculaire, soit par l'intermédiaire de l'axe cérébro-spinal. De là les atrophies considérables des groupes musculaires, précédées ou non de rétractions spasmodiques et de crampes fonctionnelles ou spontanées (très fréquentes dans les mollets) ; la diminution de la contractilité électrique, les altérations tendineuses et enfin les modifications du réflexe rotulien (exagération ou abolition).

Il y a également des atrophies osseuses et celles-là sont particulièrement graves chez l'enfant car ce n'est pas seulement d'atrophies qu'il s'agit ici, mais d'un arrêt de développement quelquefois irrémédiable, entraînant des difformités énormes des différentes parties du squelette.

Il suffit de rappeler la petite Julie R..., dont la photographie montre, en même temps que les atrophies musculaires, un arrêt de développement osseux, qui saute aux yeux. Agée de 17 ans, elle ne semble même pas en avoir huit ou dix. De même le petit idiot de Saint-Vaast-la-Hougue qui est également trop petit pour son âge (1. 40), et présente, en outre, une différence de longueur des fémurs et des tibias des deux côtés.

Généralement, les diverses diaphyses osseuses voisines des articulations atteintes sont minces et grêles ; elles sont exposées à se fracturer plus facilement et ne constituent pas des leviers solides pour l'exécution des mouvements. Ces particularités sont, du reste, bien connues chez les vieillards atteints de rhumatisme chronique ; ou bien chez les tabé-

tiques dont les arthropathies ont une grande ressemblance avec celles que nous étudions. Ceci nous amène à parler des altérations du maxillaire inférieur signalées chez les tabétiques : et nous n'hésitons pas à en rapprocher les atrophies maxillaires que nous avons rencontrées plusieurs fois comme nous le verrons bientôt dans le rhumatisme noueux des enfants.

En 1879, M. Vallin a fait en effet une communication à la Société médicale des hôpitaux (séance du 11 juillet 1879) sur des altérations trophiques des maxillaires dans le cours de l'ataxie locomotrice. Chez plusieurs malades, il a pu constater une chute des dents, qui se produit sans carie et sans douleur. Une raréfaction osseuse, par suite de laquelle la dent sort en quelque sorte spontanément de son alvéole, se produit au niveau du bord alvéolaire. Il y a, dit l'auteur, une altération trophique des maxillaires non encore décrite, qui mérite d'attirer l'attention, car elle peut être un phénomène assez précoce de la maladie. La communication de M. Vallin a été confirmée par quelques faits rapportés par MM. Luys et Lereboullet.

Chez la petite R..., on est frappé du rétrécissement notable que présente le menton. La mâchoire inférieure tranche complètement avec le reste de la figure, et on est conduit à admettre, sinon une atrophie, mais sans aucun doute, un arrêt de développement osseux, analogue à celui qu'on observe du côté de ses membres, de sa cage thoracique et de tout le reste du squelette.

Chez le petit idiot de Saint-Vaast, le menton est également petit, rétréci et caché sous sa lèvre inférieure.

Une troisième de nos malades, dont voici la figure dessinée par notre excellent ami, A. Jacob, présente le même arrêt de développement du côté de la machoire inférieure. Il semble, chez cette malade, que la dystrophie porte surtout sur la partie sous-alvéolaire, qui paraît amincie et rétrécie ; la lèvre supérieure est épaissie et surplombe la bouche, tandis que la lèvre inférieure est attirée en arrière avec le maxillaire comme chez les vieillards par suite de la dystrophie physiologique inhérente à cet âge.

La figure de cette malade, de même que celle de l'idiot de Saint-Vaast, est asymétrique : un côté paraît plus développé que l'autre ; et cette asymétrie est beaucoup plus prononcée vers la moitié inférieure de la face.



La petite malade du Dr Sergiu, dont nous donnons plus loin la photographie, semble avoir présenté également un certain rétrécissement mentonnier, mais ne l'ayant pas constaté personnellement et la photographie n'étant pas bien affirmative à cet égard, nous faisons nos réserves.

Sans trop vouloir insister sur ce point, nous avons tenu à le signaler à propos des dystrophies consécutives au rhumatisme déformant ; car le voisinage de l'articulation temporo-maxillaire y est peut-être pour quelque chose. Mais par suite des altérations trophiques de la peau, qui se produisent sous l'influence du rhumatisme noueux, un défaut d'élasticité

aurait pu également s'opposer au développement normal du maxillaire inférieur.

Et en effet, ce mécanisme a été déjà invoqué par M. le professeur Hayem, dans un cas d'agénésie très prononcée de la mâchoire inférieure, observée sur un fœtus, dont la peau des régions sushyoïdienne et maxillaire inférieure était très altérée, lisse, amincie, très peu élastique et rappelant le tissu cicatriciel des brûlures (1).

L'examen histologique de ce revêtement cutané fait par M. Gombault, éliminait l'idée d'un processus morbide proliférant; il s'agissait plutôt d'un arrêt de développement du derme et de l'épiderme dans ces régions; et cette altération tégumentaire caractérisée surtout par un défaut d'élasticité, *aurait été la cause de l'arrêt de développement du maxillaire inférieur*.

Le rhumatisme noueux s'accompagne encore, mais surtout chez les vieillards et non pas autant dans l'enfance, de troubles trophiques profonds du côté de la peau, des ongles, des poils, du tissu cellulaire sous-cutané, des aponévroses et *des vaisseaux*.

Nous avons rencontré des dystrophies onguéales (chez l'idiot de Saint-Vaast), une rétraction aponévrotique dans un cas de M. Vulpian, la peau rugueuse, brunâtre, pityriasique chez plusieurs malades; enfin des sueurs localisées, de l'analgésie, etc.

Abandonnée à elle-même, sans intervention thérapeutique, lorsqu'elle peut encore être très efficace chez les enfants, le rhumatisme noueux se complique et s'aggrave sans cesse et conduit lentement, progressivement, à une déchéance complète de l'organisme.

(1) Bulletin de la Société anatomique de Paris, 30 décembre 1881.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS ET COINCIDENCES PATHOLOGIQUES.

Dans la description symptomatique qui précède, nous avons suivi la marche régulière de la maladie ; nous n'avions en vue que le génie arthropathique, le processus déformant progressif. Mais la polyarthrite n'est, en somme, qu'une des nombreuses manifestations congestives, au milieu desquelles elle évolue avec les caractères classiques, que nous avons décrits.

Les malades qui sont tôt ou tard des rhumatisants, avec ou sans déformations, ont à compter avec ces poussées congestives depuis leur plus tendre enfance, pendant l'évolution arthropathique et jusqu'à la mort.

Cette tendance congestive est héréditaire ; nous l'avons démontré.

Elle peut déjà se manifester pendant la vie intra-utérine par la localisation de la phlegmasie sur l'endocarde.

Friedreich, Rauchfuss (de Saint-Pétersbourg), Ferber (de Homburg), René Blache (de Paris), etc., ont relaté des autopsies nombreuses concernant l'existence fréquente d'endocardites congénitales.

Le cœur droit est atteint de préférence, à cause de la circulation spéciale du fœtus.

Pendant l'enfance, nous avons déjà mentionné comme circonstances étiologiques assez importantes, les états constitutionnels fréquemment mentionnés dans les observations : scrofule sous toutes les formes, rachitisme, convulsions ; de même que les fièvres éruptives ou malariques, les convulsions et même la diphtérie (2 fois).

Mais à côté de ces manifestations hétérogènes, nous trouvons surtout des poussées congestives presque continuelles du côté des muqueuses et de la peau : Coryzas fréquents, catarrhe bronchique, faux croup, migraines, asthme rhino-bronchique, angines tonsillaires et granuleuses, diarrhées, flux bilieux, excrétion d'acide urique, érythème noueux, urticaire, chorée, érysipèle à répétition, conjonctivites et blé-

pharites, hémorrhagies (épistaxis, hémoptysies, purpura), eczéma, psoriasis lichen, etc., etc.

La statistique des antécédcnts personnels de nos petits malades et très imcomplète mais elle renferme déjà la plupart des désordres que nous venons de citer.

Avec l'éclosion des phénomènes articulaires coïncident généralement les localisations viscérales et parenchymateuses qui constituent à peu près la transition entre les désordres prémonitoires ou précoces et les trouhles trophiques, précédemment étudiés.

Les localisations viscérales les plus frappantes du rhumatisme noueux sont, comme pour le rhumatisme articulaire aigu, les phlegmasies du cœur et de son enveloppe.

Dans l'observation du professeur Cornil (voir le chapitre de l'historique), se trouvent réunies les complications suivantes : péricardite, pleurésie et surtout albuminurie due à une maladie de Bright. On pourrait supposer, dit l'auteur, ce qui n'est pas sans exemple, que la péricardite était dans ce cas consécutive à la maladie de Bright. Mais même en admettant cette supposition sans preuves, il est rationnel d'admettre que les deux affections du rein et du péricarde ont une même cause, le rhumatisme chronique.

En 1864, Beau signalait dans une leçon clinique, publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, la coexistence chez une jeune fille d'une arthrite noueuse avec un rétrécissement aortique ; et M. le Dr Ollivier (cité par Charcot) aurait recueilli dans le service du professeur Grisolle l'observation d'un homme âgé de 23 ans, qui présentait les déformations caractéristiques du rhumatisme noueux et chez qui l'on constatait les signes d'une altération des *valvules sigmoïdes de l'aorte*.

La péricardite figure encore dans l'ohservation de Martel (voir l'historique).

Le malade du Dr Dally avait également une lésion d'orifice, sur laquelle les détails manquent dans l'ohservation.

Dans un des cas du professeur Vulpian on signale une hypertrophie cardiaque avec un souffle mitral accompagné de roulement présystolique.

Un des malades du Dr Stoïcesco avait également une lésion

valvulaire très nette (confirmée par M. Archambault). Mais le cas le plus remarquable de complication cardiaque dans le rhumatisme noueux, appartient à M. F. Raymond, qui en fit l'objet d'une leçon clinique à l'Hôtel-Dieu en 1882 (*Progrès médical*, n° 8, page 141). Voici l'observation résumée :

Observation XXIII (Dr Raymond).

Homme, 20 ans, imprimeur, présente des déformations caractéristiques du rhumatisme noueux aux deux mains : déviation, en masse, de tous les doigts vers le bord cubital ; gonflement, tuméfaction de toutes les articulations métacarpo-phalangiennes atrophie des muscles interosseux ; extension et flexion des doigts douloureuses, craquements articulaires. Tuméfaction et douleur au niveau des poignets. Craquements assez prononcés dans les mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse. Gonflement et douleur au niveau des articulations tibio-tarsiennes ; de même au niveau des articulations médio-tarsiennes. Début de la maladie à l'âge de 14 ans, par des poussées aiguës, puis subaiguës et se compliquant bientôt d'anémie prononcée, de palpitations, dyspnée et enfin d'endopéricardite très prononcée, avec hypertrophie cardiaque considérable. Il meurt à l'hôpital avec des signes d'urémie et des congestions viscérales.

A l'autopsie on trouve un foie cardiaque type (foie muscade), la substance propre de l'organe est pénétrée par des travées scléreuses ; à l'œil nu c'est une véritable sclérose du foie. Ce fait vient à l'appui des observations recueillies par M. Talamon, qui pense que dans ces cas, il existe une véritable diathèse fibreuse généralisée, qui se manifeste aussi bien sous l'influence du rhumatisme, que sous l'influence des intoxications chroniques.

On ne trouve qu'un seul rein, qui pèse 230 grammes. Sur la coupe aucune trace d'altération du tissu constituant. Vessie normale.

Estomac, intestin, rate, pancréas normaux.

Rien d'anormal dans la cavité cranienne.

Cavité thoracique : Poumons légèrement engoués aux bases.

Cœur recouvert de son péricarde, paraît augmenté de volume. Peu ou point de liquide péricardique.

Le feuillet viscéral sur la face antérieure du cœur, est recouvert d'une couche fibrineuse, irrégulière, grenue, qui se montre également, quoique un peu moins épaisse, sur la face interne du feuillet pariétal. Près de la base du cœur, commen-

cement de symphise cardiaque. En arrière, les deux feuillets péricardiques sont presque normaux.

Le myocarde est hypertrophié, aussi bien dans ses cavités gauches que dans ses cavités droites, les ventricules comme les oreillettes.

L'endocarde est le siège de lésions évidentes au niveau des valvules. Les valvules mitrales et aortiques sont hérissées de mamelons ou saillies qui forment, près de leurs bords libres, de véritables végétations, à la face inférieure des valves mitrales, à la face supérieure des valves aortiques. Les valvules de l'artère pulmonaire sont saines, celles de l'orifice tricuspide, au contraire, sont le siège de végétations plus nombreuses, plus saillantes, plus pressées les unes contre les autres que celles des valvules mitrales; elles paraissent également être de formation plus récente.

Il résulte de cette observation, de même que des quelques cas que nous avons relatés antérieurement, que les complications cardiaques sont loin d'être rares dans le rhumatisme noueux des enfants. Elles offrent, comme chez les vieillards, les mêmes caractères que dans le rhumatisme aigu et coïncident surtout avec les poussées articulaires plus ou moins aiguës.

Quant à leur gravité, les exemples cités plus haut ne nous permettent pas d'en atténuer la portée comme l'ont fait jusqu'à présent tous les auteurs qui ont parlé de la même complication chez l'adulte et le vieillard.

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons pas encore formuler à cet égard des règles fixes, vu le petit nombre des cas.

Un fait, qui nous a frappé surtout par sa fréquence, dans les observations de ces petits malades, c'est la mention de *palpitations* plus ou moins prononcées dont ils se plaignent souvent, sans qu'on puisse constater la moindre lésion cardiaque.

Dans le cas de Vulpian, la malade est en même temps anémique et présente aussi un souffle à la base et dans les vaisseaux du cou.

Dans d'autres, et c'est la majorité, ces palpitations dépendent d'un éréthisme spécial d'origine nerveuse, qui rappelle la tachycardie essentielle paroxystique, ou symptomatique de la maladie de Basedow.

Mais ces palpitations, ne tenant à aucune modification organique du cœur, ne sont pas les seules manifestations nerveuses de nos malades à la période d'état.

La *dyspnée*, des *sueurs profuses*, des *tremblements généralisés ou partiels*, tout comme dans la chorée, des *chaleurs* montant à la figure, enfin une *excitabilité nerveuse* spéciale et des *cauchemars fréquents*, témoignent de cet éréthisme nerveux ou vasculaire.

La glande thyroïde participe souvent dans une certaine mesure à cet état congestif et produit des véritables *goitres*.

Une de nos observations (voir l'Etiologie) est particulièrement intéressante à ce point de vue, car non seulement chez cette malade, mais encore chez ses parents, tantes et cousines, nous voyons le goitre avec ou sans exophthalmie, apparaître alternativement avec les manifestations arthritiques les plus variées.

Les cliniques du professeur Vulpian contiennent l'histoire suivante d'une thyroïdite subaiguë, chez un jeune homme atteint de rhumatisme noueux.

Observation.

Le nommé P... Auguste, 23 ans, typographe, entré à l'hôpital de la Charité, le 7 juin 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 17.

Renseignements. — Ce jeune homme âgé de 23 ans, typographe, dit s'être toujours bien porté jusqu'à l'âge de 21 ans.

Comme maladie d'enfance, il ne se souvient que d'une rougeole, qui guérit complètement en quelques semaines.

Il nie tout antécédent syphilitique, mais il avoue boire assez notablement, d'habitude (2 litres de vin par jour et plus, eau-de-vie de temps en temps) ; il a bu aussi beaucoup d'absinthe, il y a deux ans.

Pas d'éruptions cutanées dans sa jeunesse.

Jamais d'accidents saturnins.

Rien à noter du côté de ses parents.

Il y a 18 mois, il fut fréquemment exposé aux refroidissements pendant un voyage dans le Midi (il couchait souvent en plein air sur le sol).

A la suite d'un de ces refroidissements, il fut pris de douleurs dans les chevilles, les genoux, puis dans les épaules, les poignets

et les doigts, en même temps ses genoux et les articulations des doigts se gonflèrent légèrement.

Ces douleurs et ces gonflements étaient surtout localisés aux genoux et aux articulations phalangiennes des doigts ; jamais il ne fut forcé de garder le lit ; il put toujours continuer son travail. Puis les douleurs se localisèrent dans les articulations des doigts des deux mains et en particulier dans les articulations des premières avec les deuxièmes phalanges.

Ces douleurs très intenses (le malade les compare au broiement de l'articulation), étaient surtout vives le matin à tel point qu'il lui était impossible de se servir de ses doigts. Dans la journée ces douleurs disparaissaient ; elles étaient accompagnées du gonflement de l'articulation douloureuse et peu à peu le malade vit ces articulations se déformer, devenir noueuses.

Cet état persiste d'une façon continue depuis 18 mois, mais il y a 6 mois, il semble se faire un temps d'arrêt dans la déformation de ses jointures.

Quant aux douleurs, elles n'ont pas cessé d'exister surtout le matin, et depuis 6 mois ces douleurs s'accroissent.

Il ressent de temps à autre des douleurs rhumatoïdes dans les genoux, surtout dans le gauche, et dans les articulations scapulo-humérales.

De temps en temps il a des torticolis.

Depuis quelques jours, il éprouve par moment, des palpitations de cœur.

Il y a deux jours ses douleurs augmentèrent. Il fut pris de sueurs survenant surtout la nuit, et le 7 juin 1877 il se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — C'est un homme grand, assez bien musclé, pâle ; sa peau est couverte d'une légère sueur.

Les articulations des premières avec les deuxièmes phalanges aux deux mains sont déformées, noueuses, un peu douloureuses.

C'est surtout l'articulation du médius qui est déformée à droite comme à gauche.

Les coudes sont intacts.

Légères douleurs dans les articulations scapulo-humérales.

Les genoux sont un peu douloureux et le siége de craquements peu prononcés, quand on les ploie.

Cœur. — Impulsion un peu forte et battements un peu précipités. Le 1er temps est un peu soufflant à la base.

Le 2e temps à la base est dédoublé.

Double souffle dans les vaisseaux du cou.

Poumons. — Sains, quelques râles de bronchite.

Le malade mange de bon appétit et dort bien.

Urine. — Un peu foncée, ne contient ni albumine ni sucre.

Traitement. 8 juin. — Les bruits du cœur deviennent métalliques et l'on entend un léger souffle à la pointe. On prescrit :

Sulfate de quinine 1 gr. en 2 paquets.

Tisane de chiendent.

9 *Juin.* — Le malade est pris d'une fièvre assez intense dans la nuit du 8 au 9 ; douleur de gorge, dyspnée, dysphagie.

Le matin on constate une grande augmentation de volume des 2 lobes latéraux du corps thyroïde et un peu du lobe médian. Le corps thyroïde ainsi gonflé est douloureux à la pression. La peau à ce niveau n'a pas changé de couleur. La face est rouge ; les yeux sont congestionnés ; céphalalgie ; respiration pénible ; dyspnée assez violente.

Purgation. — Sulfate de quinine 1 gr. 50 en trois paquets.

Pommade à l'iodure de potassium sur les parties antérieures et latérales du cou.

10. — Plus de fièvre ; un peu de diminution de la tuméfaction et de la douleur du corps thyroïde. Il n'y a presque plus d'oppression.

11. — Le souffle à la pointe du cœur et au 1er temps augmente et devient plus rude. La tuméfaction du corps thyroïde est bien diminuée, mais elle existe encore. On continue l'administration du sulfate de quinine et les onctions avec la pommade d'iodure de potassium. Les articulations ne sont presque plus douloureuses.

20. — Part en permission et ne revient plus.

La jeune fille dont nous avons donné plus haut l'observation avec la planche photographique, comme exemple de généralisation complète de rhumatisme noueux, avec troubles trophiques si accusés, présente une exophthalmie double depuis plusieurs années.

Du reste les cas d'exophthalmie d'origine rhumatismale ne sont pas si rares. M. le Dr Cornelius Williams de Saint-Paul, à Minnesota (Etats-Unis) a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation d'un cas type d'exophthalmie affectant les deux yeux, sans pulsation, et due à de l'épisclérite. L'exorbitisme a rétrocédé spontanément au bout de quatre mois et

toute l'histoire du malade en a fait supposer l'origine rhumatismale.

Nous avons retrouvé la même complication dans les antécédents de beaucoup de rhumatisants aigus ou chroniques, de même que la coïncidence sur les mêmes malades de tous les signes basedoviens évoluant parallèlement aux déformations articulaires (1).

Les complications oculaires en général ne sont pas rares dans le rhumatisme noueux de l'enfant, car à part l'exophtalmie, dont nous venons de parler, on rencontre plusieurs fois dans nos observations la mention de blépharites, conjonctivites et ophthalmies diverses, à récidives fréquentes et excessivement tenaces.

Nous avons observé tout dernièrement dans le service de M. le Dr A. Weill, un jeune homme âgé de 23 ans, dont la famille goutteuse et arthritique présente à chaque pas des manifestations oculaires très tenaces.

M. le professeur Cornil avait déjà signalé, en 1863, sur un relevé de 64 cas de rhumatisme noueux, la coïncidence pathologique, des troubles oculaires chez trois malades. Mais depuis, les faits d'iritis, d'irido-choroïdites, de rétinites et d'inflammations séreuses, d'ordre rhumatismal, sont devenues chose commune, sans compter les blépharites, conjonctivites et ophthalmies, mises sur le compte de la scrofule, et qui se rencontrent dans les antécédents personnels des rhumatisants, soit aigus, soit chroniques.

Le salicylate de soude fait merveille dans ces complications rhumatismales, surtout dans le jeune âge ; et les observations recueillies à la clinique de M. Abadie, par son élève M. Brun, (Paul Henri) en donnent la meilleure preuve (Thèse de Paris, 1880, n° 224).

Citons pour mémoire un cas de paralysie de la 3e paire, de nature rhumatismale, observé chez un jeune homme de 22 ans, par J. Michel et publié dans : *Klinische Monatsblätter für Augenheilskünde*, 1872, p. 167 (cité par le journal d'ocu-

(1) Cette coïncidence morbide a été tout spécialement étudiée par notre maître, le Dr Weill, et par nous, dans un mémoire encore inédit, que nous nous proposons de présenter prochainement à une des sociétés savantes de Paris.

listique et de chirurgie de Fano, 2e année, nº 16, 25 juin 1874).

Parmi les autres complications viscérales du rhumatisme noueux, nous avons déjà vu dans les observations précédentes les diverses phlegmasies et troubles congestifs survenus du côté de la plèvre, des poumons, du foie et du rein.

M. Cornil cite les cystites, les atrophies de la substance corticale du rein avec distension des calices et du bassinet et surtout des albuminuries d'ordres divers. Nous manquons complètement de détails, à ce dernier point de vue, relativement à nos petits malades.

West insiste spécialement sur l'importance des dépôts d'acide urique dans l'urine des enfants rhumatisants ; et la constatation de ce sédiment serait d'une grande utilité pratique pour établir le diagnostic si difficile au début de ce processus morbide, quelquefois très lent, insidieux et silencieux.

Une attaque de rhumatisme passe souvent inaperçue, il n'y a point encore de gonflement articulaire, les douleurs ne se sont pas encore manifestées du côté des articulations, en d'autres termes, celles-ci ne constituent pas encore le *locus minoris resistentiæ*, et pourtant le sujet est déjà rhumatisant, sans que le médecin s'en doute.

« On vous apporte un enfant, dit l'auteur anglais, au sujet « duquel on vous raconte une histoire assez vague d'une « santé qui a été en s'affaiblissant, d'amaigrissement, d'ap« pétit variable, de constipation et de transpirations noc« turnes, qui se produisent de temps à autre. Des investiga« tions plus approfondies vous apprennent qu'il est nerveux « et excitable au plus haut degré, quelquefois déprimé et « abattu; dans d'autres moments, tellement excité qu'on ne « peut le contenir.

« Chacune de ces fluctuations dans sa manière d'être, soit « en bien, soit en mal, se montre plus accusée à une saison « de l'année que pendant les autres, et est aussi modifiée « souvent par le changement de résidence. La santé est « manifestement moins bonne pendant l'hiver et dans les « endroits froids, que dans un séjour à température douce et « pendant l'été.

« On entretient souvent dans ces cas une crainte non « fondée de voir éclater une affection tuberculeuse; mais « si vous examinez les urines, vous découvrez tout de suite « le nuage qui vous aidera à vous faire une idée nette de la « situation. Vous trouverez l'urine acide, d'une densité con- « sidérable, 1,025 ou plus, déposant par le refroidissement « d'abondants cristaux rouges d'acide urique et donnant la « preuve, par la cristallisation rapide qui se produit quand « l'on ajoute de l'acide nitrique, de la présence d'un excés « d'urée.

« Un interrogatoire minutieux vous apprendra probable- « ment que, quelques mois avant, l'enfant avait une attaque « de rhumatisme non pas nécessairement trés intense; et que « depuis cette époque, sa santé n'avait jamais été aussi « bonne qu'auparavant; dans les cas contraires, vous ap- « prendrez presque certainement que le rhumatisme est une « maladie dont, sous une de ses nombreuses formes, quelques « membres de la famille ont été atteints.

« C'est à des cas de cette espèce que le terme de diathèse « urique est applicable » (1).

M. le Dr Lafargue (2) a rapporté dans la *Revue médicale de Toulouse* (n° 11, novembre 1877), une observation trés intéressante de paraplégie rhumatismale chez une enfant de 13 ans!

Cette enfant, qui avait des douleurs rhumatismales depuis l'âge de quatre ans et qui, du reste, était de souche rhumatismale (elle était le 3e membre de la branche maternelle, atteint de rhumatisme affectant la moelle épinière), fut prise, à la suite d'une promenade, de douleurs le long des membres inférieurs suivies au bout de vingt-quatre heures d'une paraplégie complète avec douleurs persistantes à la région lombaire et sur les flancs en forme de ceinture. Au-dessous de ce point, perte complète de la motilité et de la sensibilité; il y avait paralysie vésicale et rectale. De plus, l'enfant avait la fièvre. Un mois après,

(1) West, Charles. Leçons sur les maladies des enfants. Trad. 6e édition, par le Dr Archambeault, 1875, p. 859.

(2) Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie, 1878, n° 30, 26 juillet, p. 481.

une amélioration lente et progressive survint; et la paraplégie commençait à disparaître au bout de trois mois.

Pendant tout cet intervalle, elle avait un état général pas trop mauvais : respiration normale, déglutition facile, intelligence très nette et appétit conservé. Une seule fois, elle fut prise de céphalalgie très violente avec vomissement verdâtre et assoupissement, qui dura jusqu'au lendemain.

Au moment où M. le Dr Lafargue publia cette observation, la guérison n'était pas encore complète, mais l'amélioration très sensible.

Cette observation montre d'une façon très nette comment le rhumatisme peut, après avoir siégé pendant des années dans les articulations, venir se manifester sur les centres mêmes.

Il est à regretter qu'on ne trouve pas dans la relation de ce fait des indications plus précises sur l'état des articulations de la petite malade, car il est probable qu'il s'agissait là d'un rhumatisme chronique déformant ou non, à marche lente et progressive, indiquant finalement par sa localisation médullaire, l'extension régulière du processus congestif suivant les voies des cordons nerveux.

Nous aurions donc là encore un cas à ajouter à notre liste d'observations de rhumatisme chronique chez les enfants ; et en plus, l'âge de 13 ans auquel cette localisation rhumatismale dans la moelle est venue se produire, nous conduit à la supposition que l'imminence de l'établissement des règles n'était point étrangère à cette nouvelle et si grave éclosion congestive.

Quant à la fréquence de cette localisation rhumatismale, elle est encore assez importante car on trouve dans la littérature, d'autres faits semblales (1) (Vallin, Rendu).

Il nous reste encore à signaler comme coïncidences pathologiques très importantes, l'idiotie, l'hystérie et l'épilepsie.

L'idiotie est signalée dans les antécédents héréditaires d'une de nos malades ; et le cas de Saint-Waast, que nous avons rapporté plus haut, a trait justement à un jeune garçon atteint d'imbécillité.

(1) Voir discussion à la Société médicale des hôpitaux, séance du 25 janvier 1878. (Gaz. hebdomadaire 1878, n° 6, p. 91.)

L'*hystérie*, sans parler de la maladie de Basedow, qui n'en est, en somme, d'après nous, qu'une manifestation spéciale, se trouve fréquemment dans les antécédents, soit héréditaires, soit personnels de nos malades.

Quant à l'*épilepsie*, qu'il nous suffise de citer *in extenso* le cas que M. le professeur Potain donne dans une leçon clinique intitulée : Rhumatisme et épilepsie (*Union médicale*, 5 décembre 1880).

Observation XXIV (professeur Potain).

Il s'agit d'un malade âgé de 28 ans, qui est entré dans son service pour des accidents de trois ordres, à savoir : du rhumatisme osseux chronique des petites articulations, des crises épileptiques et des palpitations.

Le rhumatisme a débuté à l'âge de 10 ans. Le malade habitait à cette époque une maison très humide au rez-de-chaussée où les papiers tenaient à peine aux murs. Il exerçait la profession de peintre sur verre et dans ce travail, assez minutieux, paraît-il, il se servait de petits pinceaux exigeant un effort continu des articulations du pouce et de l'index, aussi c'est par ces articulations-là que débuta le mal. Il n'a jamais eu des douleurs bien vives, depuis cette époque, et s'il est venu à l'hôpital, c'est parce qu'il a eu récemment du lumbago et du rhumatisme aigu localisé à l'articulation scapulo-humérale.

Il ne présente aucun antécédent héréditaire digne de remarque. Mère bien portante, père alcoolique, a, paraît-il, un caractère violent et emporté.

Quant à lui, il n'a jamais subi d'ébranlement du système nerveux, aucune émotion, aucune terreur vive, qui, comme on le sait, déterminent parfois l'éclosion de l'épilepsie.

Il n'a jamais subi du traumatisme violent, ne présente point des traces de syphilis héréditaire ou acquise.

Le saturnisme ne paraît avoir jamais eu de prise sur lui, non plus que l'impaludisme ou la tuberculose. Enfin, il n'a pas eu de maladies antérieures ayant pu l'épuiser, pas plus qu'on ne saurait trouver chez lui, dans les dents, les oreilles, les yeux, l'intestin, etc., l'origine de réflexe pouvant produire les accès d'épilepsie auxquels il est en proie, comme nous allons le voir tout à l'heure.

Il a une sœur qui est également atteinte de rhumatisme chro-

nique déformant et a eu en même temps de la grande hystérie pour laquelle elle a été soignée à la Salpêtrière.

Un autre frère est né depuis que la famille a quitté l'appartement humide qu'elle habitait, et celui-là n'a ni rhumatisme, ni trouble nerveux : le fait paraît bien significatif.

Chez notre malade, on constate une déformation très marquée des mains, de la droite surtout, ainsi que des pieds. L'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est tuméfiée, le gros orteil est dévié vers le bord externe du pied, venant même se placer par-dessus l'un des orteils voisins.

A la main droite, la parésie des muscles interosseux a déterminé la production typique de la griffe de Duchenne, les doigts sont fléchis sur la main et répétés sur son bord radial; la première phalange du pouce est fléchie sur le métacarpien d'une façon exagérée.

Du côté gauche, les lésions sont moins accentuées, le médius seul est dévié sur le bord cubital de la main.

Enfin et d'une façon générale, on voit que les extrémités osseuses des phalanges sont augmentées notablement de volume. Au pied, en particulier, cette tuméfaction a déterminé la production de l'oignon que Verneuil signale comme caractéristique de l'arthritisme.

En outre, le malade se plaint de palpitations, mais l'examen du cœur ne révèle l'existence d'aucune lésion de l'organe ; la pointe n'est pas divisée; il n'y a ni augmentation de volume, ni bruit normal à l'auscultation.

Mais, fait plus important, depuis l'âge de 10 ans, époque du début de son rhumatisme, il a de temps en temps des accès nerveux caractérisés par une perte subite de connaissance.

Tantôt, ces accès sont précédés de vertiges et d'étourdissements qui lui font pressentir l'arrivée de l'attaque, tantôt, au contraire, la chute est subite et sans aura prémonitoire. Il tombe et n'a jamais conscience de sa chute ; d'après ce que lui ont dit les assistants, il raconte qu'il a des convulsions, se mord la langue, puis a, au coin des lèvres, de l'écume sanguinolente. L'accès est court et, quand il est terminé et que le malade a repris connaissance, il est tout courbaturé. Ce sont bien là des crises épileptiformes franches. Elles surviennent à des intervalles très variables, parfois fort espacés, mais aussi se répétant plusieurs jours consécutivement.

En dehors des accès, il n'a jamais ni étourdissements, ni obnubilation, ni vertige épileptique, ni inconscience.

Aussi ne présente-t-il pas de modifications considérables de l'intelligence, sa mémoire est intacte, ses idées précises, il ne se dément jamais dans ses réponses.

Le malade est soumis à la médication iodurée, vu son état de rhumatisme chronique subaigu.

En parlant des troubles trophiques observés dans le rhumatisme noueux de l'enfance, notre discussion ne portait, en somme, que sur les atrophies (musculaires, osseuses, etc.). Nous avons même été amenés à signaler spécialement l'atrophie du maxillaire inférieur, que nous avons remarquée à plusieurs reprises, nos planches photographiques en donnent un témoignage visible.

Qu'il nous soit permis, maintenant, de revenir un peu sur cet ordre d'idées, non pas pour reprendre inutilement les faits déjà énoncés, mais pour en rapprocher d'autres, dont la nature incertaine encore, pour la plupart des auteurs, nous semble avoir une même origine discrasique et constitutionnelle.

Nous voulons parler *du processus hypertrophique* des différents tissus, et surtout de l'élément osseux.

Nous avons vu que la phlegmasie articulaire est caractérisée à son début, et c'est chose tout à fait commune, par une hyperplasie de tous les éléments articulaires et épiphysaires; les épiphyses restent même définitivement grosses; il y a hypertrophie épiphysaire.

De plus, ce processus hypertrophique, prend souvent au niveau des droigts une forme spéciale et donne naissance aux nodosités d'Heberden.

Le long de la diaphyse il y a, au contraire, atrophie osseuse, musculaire, conjonctive ou graisseuse et même cutanée.

Ce sont là les troubles trophiques *atrophiques*, que nous avons déjà étudiés.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et M. Charcot parle de l'infiltration œdémateuse qu'on trouve quelquefois chez les vieillards. Il oppose ainsi à la forme atrophique (de Vidal) une forme hypertrophique.

M. Moncorvo insiste sur cette infiltration œdémateuse,

qu'il aurait observée chez sa petite malade au début de l'affection.

Nous avons eu l'occasion de remarquer la même particularité chez une jeune fille de 19 ans, qui a fait plusieurs séjours à l'hôpital de Rothschild, pour des manifestations hystériformes comme : aphonie, vomissements, céphalalgies, vertiges et crises syncopales, etc.

Cette malade a souvent des douleurs articulaires avec exacerbations subaiguës et présente un certain degré d'ankylose celluleuse avec flexion exagérée des deux articulations du petit doigt gauche. Les jointures de tous les autres doigts des deux mains présentent des craquements très nets et dans quelques-unes on constate même la présence d'un petit épanchement.

Mais ce qui frappe surtout au premier coup d'œil, c'est l'infiltration œdémateuse avec boursouflement du revêtement cutané, qu'on observe sur presque toute l'étendue des deux mains et qui donne aux doigts un aspect effilé tout spécial.

La pression des doigts sur les téguments ne laisse pas de dépression derrière elle (c'est une preuve de la présence de mucine dans l'infiltration).

La peau elle-même, d'une coloration cireuse, est sèche et couverte de squames ; le long de quelques doigts on constate la présence de taches arrondies ou ponctiformes de purpura hémorrhagique.

Le toucher révèle au niveau de ces extrémités ainsi tuméfiées, une sensation désagréable de froid excessif. Du reste, la malade même accuse cette sensation de froid, qui est quelquefois généralisée.

Chez cette malade le rhumatisme noueux ne date pas de longtemps et nous assistons, par conséquent, à la première étape du processus noueux.

L'avenir seul pourra nous apprendre si cette forme hypertrophique peut persister et s'étendre aussi au tissu musculaire et osseux.

Mais il existe des états morbides, où ces hypertrophies occupent le premier rang symptomatique et qu'il convient de citer ici pour le besoin de la comparaison.

Le myxœdème ou cachexie pachydermique de Charcot nous

représente justement cette forme hypertrophique généralisée.

Une analyse succincte des caractères du myxœdéme nous montre, en effet, que nous avons affaire à une affection dont l'étiologie, la nature pathogénique, et les coïncidences morbides ne s'éloignent pas beaucoup de celles du rhumatisme noueux.

Sexe de prédilection: femme.

Age le plus fréquent: adulte (début éloigné dans l'enfance).

Causes occasionnelles: refroidissement, émotion psychique, phénomènes se rattachant à la vie sexuelle (menstruation, grossesse, accouchement, lactation, etc.).

Prédispositions morbides : tares nerveuses et névropathies.

Symptômes essentiels: l'œdème, la cachexie et les *désordres* nerveux.

A part la localisation spéciale sur le visage et la généralisation, ce *gonflement œdémateux* ressemble complétement au point de vue des caractères objectifs à l'infiltration étudiée précédemment. Pas de trace de dépression, coloration jaune cireuse, peau sèche, ridée, couverte de squames et de taches hémorrhagiques. Il est vrai qu'il y a, en plus, *trouble et disparition complète de l'intelligence, albuminurie et cachexie* avec *troubles trophiques multiples*. A ce tableau se mêlent quelquefois *les désordres atrophiques* précédés ou non, d'hypertrophie de la *glande thyroïde*.

Or, l'esprit ne peut se défendre de rapprocher tous ces phénomènes du processus morbide, que nous avons longuement analysés dans l'histoire du rhumatisme noueux chez les enfants.

Le professeur Hénoch, de Berlin, en discutant dans ses cliniques la nature et la fréquence du rhumatisme chronique chez les enfants, aprés en voir cité deux cas, que nous reproduisons à la fin de ce travail, donne plusieurs observations à forme chronique simple sans déformations, mais compliquées d'hypertrophie osseuse qui rentre dans la classe des exostoses ostéogéniques multiples.

Dans une de ses observations nous trouvons même la mention d'exostose épiphysaire aux phalanges rappelant les

nodosités d'Heherden, de même qu'une rétraction de l'aponévrose palmaire.

Deux des malades avaient des complications cardiaques, et, chose essentielle, le salycilate de soude paraît avoir amené non seulement la disparition des douleurs articulaires, mais encore une diminution notable des exostoses épiphysaires.

En France, on a publié plusieurs faits de ce genre, et tout dernièrement, notre ancien maître, M. Legroux, a présenté à la Société médicale des Hôpitaux (4 juillet 1890) une petite fille couverte de plus de 50 exostoses réparties symétriquement sur les os longs et sur quelques os plats. Ces exostoses inégales, formées de pointes plus ou moins mousses et reposant sur une base quelquefois assez large, existaient surtout au niveau des épiphyses (humérus, cubitus, radius, crête de l'os iliaque, clavicule, fémur, septième, huitième et neuvième côte), mais ce qui était surtout très intéressant pour nous dans ce cas, c'est que l'annulaire, l'indicateur et le pouce de la main droite, présentaient des saillies rappelant les nodosités d'Heherden.

La malade n'a aucune tare héréditaire, syphilitique, tuberculeuse ou névropathique.

M. Legroux a mis à essai l'iodure de potassium, mais sans aucun résultat.

Nous avons vu la malade dans le service même et assisté à une clinique faite par le maître, qui, tout en citant l'opinion d'Hénoch, niait absolument la nature rhumatismale de cette affection. Il nous semble cependant que les observations du professeur allemand sont assez concluantes ; et de plus M. Legroux lui-même a rapporté dans une séance suivante de la Société médicale une observation de M. Barthélemy, qui ne permet aucun doute à cet égard. « Il s'agit d'une jeune fille, « qui présente des exostoses multiples, à forme de stalactite « à l'index, aux omoplates, au sacrum, au fémur, et aux « tibias. Le père est arthritique, mais n'a rien de semblable, « la mère paraît être nerveuse et porte quatre exostoses. « Plusieurs parents de la mère sont atteints de sclérodermie. »

Ce processus hypertrophique du tissu osseux prend une

importance beaucoup plus grande dans la maladie décrite par Sir James Paget sous le nom d'ostéite déformante, de même que dans une affection osseuse encore mal déterminée et dite, léontiasis ossea de Virchow.

Mais l'affection où cette hypertrophie osseuse arrive à son maximum, tout en revêtant un caractère symétrique et uniforme, est certainement celle qui sous le nom d'acromégalie, a été étudiée pour la première fois en 1885 par M. P. Marie et qui aujourd'hui constitue une espèce morbide bien définie et admise par tous les auteurs.

Nous relevons dans les conditions étiologiques signalées à différentes reprises, les particularités suivantes : fréquence plus grande chez les femmes (parmi 38 cas réunis dans la thèse de M. Souza-Leite, 22 concernent la femme et 16 l'homme).

La maladie débute généralement à l'époque de la puberté.

Les impressions morales dépressives, le refroidissement, le traumatisme, l'influence malarique, sont plusieurs fois notées dans les antécédents personnels.

Enfin le rhumatisme et la goutte se trouvent également notés dans les antécédents héréditaires de plusieurs malades. Quant à la symptomatologie, nous trouvons un volume considérable et caractéristique des mains, des pieds et de la tête ; une cyphose très prononcée de la colonne vertébrale, quelquefois des déformations des doigts et des orteils et une hypertrophie uniforme de toutes les parties molles qui les recouvrent.

La face est caractéristique : pommettes saillantes, sourcils, nez et lèvres considérablement accrus. Le maxillaire inférieur présente une hypertrophie particulière et donne à la figure des acromégaliques un aspect étrange ; il est fortement proéminent en avant, en d'autres termes il y a prognatisme maxillaire.

Souvent les rebords alvéolaires s'atrophient et les dents se déchaussent.

Ce trouble trophique fait le pendant, mais dans un sens opposé, de l'atrophie du maxillaire inférieur que nous avons signalée dans le rhumatisme noueux des enfants. Mais ce n'est pas tout, les acromégaliques ont de l'*exophthalmie*, et on

trouve dans certains cas, soit l'atrophie, soit l'hypertrophie, soit d'une façon successive les deux états du *corps thyroïde* dont nous rencontrons des modifications morbides dans le rhumatisme noueux, dans le myxœdème, etc.

Pousser plus loin les comparaisons serait, en effet, vouloir trop forcer l'explication théorique, qui se dégage néanmoins de tous ces faits si nombreux et si intéressants.

Mais, comme nous le disions plus haut, on ne peut pas empêcher l'esprit de chercher dans cet ensemble d'affinités morbides, la solution si ardente de la nature même du rhumatisme.

CHAPITRE V

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON ET PRONOSTIC.

Dans la description successive des signes morbides et des particularités qui constituent le tableau clinique du rhumatisme noueux infantile, de même que dans le chapitre étiologique, nous avons déjà insisté, chemin faisant, sur les circonstances spéciales, qui peuvent modifier l'évolution essentiellement chronique de cette affection.

En général, chez les enfants, comme chez les adultes et les vieillards, on assiste à une période prémonitoire plus ou moins longue, où rien ne peut encore faire présumer d'une façon certaine, l'éclosion de la polyarthrite proprement dite.

C'est la période préparatoire, discrète et indécise, qui échappe souvent à la sagacité du meilleur clinicien.

Il en est absolument de même pour le début lent et insidieux de la localisation mono ou polyarticulaire.

Mais les formes à début chronique d'emblée, communes chez les vieillards, sont plus rares chez les enfants.

Plus l'âge sera tendre et l'organisme en voie d'évolution encore récente, plus l'affection débutera d'une façon aiguë et même suraiguë; et dans les premiers temps elle ne progressera que par poussées aiguës ou subaiguës.

C'est, du reste, le propre de l'enfance, surtout quand il s'agit de congestion et hyperplasie; car les agents infectieux

de toute sorte ont facilement raison de tels organismes et ajoutent toujours l'élément fébrile aux processus qui sont généralement apyrétiques chez les adultes.

Il résulte de ce génie fébrile des poussées congestives, que les désordres articulaires sont plus vite constitués, plus profonds et quelquefois plus aptes aux complications trophiques.

C'est ainsi que la *durée* du processus arthropathique diffère énormément chez les enfants et les vieillards.

La forme dite rapide appartient à l'enfance, la forme lente à la vieillesse.

Mais il n'est pas moins vrai que dans certains de nos cas on note une marche tout aussi lente et insidieuse que celle qu'on pourrait observer à 50 ou 60 ans.

Quoi qu'il en soit l'enfant arrive, en général, plus vite qu'un adulte au terme ultime de la maladie; la généralisation des arthropathies se fait plus rapidement; les muscles, les os, les viscères, etc., ont une résistance moindre, l'organisme, livré sans intervention propice, à la destruction morbide, est bientôt tombé en déchéance.

Cependant il y a bien peu de morts dans notre statistique; et pour éviter la susdite déchéance organique, il a suffi dans beaucoup de cas de donner un tout petit coup de main, de mettre en œuvre un tout petit peu de thérapeutique, ou même seulement de l'hygiène: *le petit être se relève aussi facilement qu'il tombe*.

Le pronostic est donc loin d'être aussi défavorable qu'à l'âge adulte. A n'importe quelle époque de la maladie, l'enfant est apte à s'améliorer, soit au point de vue général, soit même en ce qui concerne les déformations les plus accusées.

La communication de Dally à la Société de thérapeutique, celle de Blache, l'observation de Moncorvo, celle de Stoïcesco-Lacaze-Doré, celle de Sené, les nôtres, etc., constituent autant de preuves de la curabilité même absolue de cette affection, quand elle frappe les enfants.

Les deux cas de mort (Cornil et Raymond) se rapportent à des sujets, qui d'abord ont traîné leur affection jusqu'à l'âge adulte, et ont succombé ensuite à des complications viscérales, lesquelles, même en dehors du rhumatisme noueux, ne pardonnent pas facilement.

Pour nous résumer, nous pouvons dire que cette affection mérite, en effet, au point de vue de la marche, l'appellation de *rhumatisme articulaire chronique progressif* que Charcot lui avait assignée ; qu'elle revêt, chez les enfants surtout, la forme rapide et que sa terminaison serait constituée par des troubles trophiques très profonds et une déchéance beaucoup plus accusée de l'organisme que chez les vieillards, si on la laissait évoluer sans intervention thérapeutique ou hygiénique.

Heureusement le traitement est toujours efficace ; car même si on ne guérit pas, on arrive à arrêter la marche progressive de l'affection.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

La polyarthrite déformante arrivée à sa période d'état et présentant les caractères cliniques que nous avons décrits, tant du côté des articulations qu'au point de vue des troubles généraux, n'offre pas, en général, de grandes difficultés de diagnostic.

La différenciation des trois formes que peut revêtir le rhumatisme chronique est assez nette au point de vue objectif, bien que l'importance de cette classification ne soit pas très grande, quand on envisage le malade et non pas la maladie.

Ce qu'il importe surtout de bien savoir, ce sont les caractères spéciaux qui distinguent le rhumatisme chronique déformant, d'une série d'arthropathies de natures diverses et dont l'aspect clinique pourrait facilement induire en erreur. Tous les auteurs s'empressent d'établir les caractères différentiels entre les arthropathies rhumatismales et les désordres produits par la dyscrasie *goutteuse* au niveau de certaines jointures.

La difficulté est surtout grande lorsque, suivant la judicieuse remarque de M. Besnier, la *goutte est sans tophus, ou le rhumatisme sans ostéophytes* ; car les concrétions tophacées péri-articulaires se distinguent facilement des nodosités osseuses épiphysaires des arthrites rhumatismales.

Faut-il rappeler ici la présence de l'acide urique dans le sang et dans la sérosité, qui caractérise si bien la goutte ? ou bien encore, les conditions étiologiques spéciales : oisiveté, bonne chère, contrairement à ce que nous avons vu dans le rhumatisme : misère, abus fonctionnel, etc ? Faut-il rappeler le saturnisme ?

Sans parler de l'asymétrie des lésions, du début fréquent par les gros orteils, du caractère spécial des accès aigus et périodiques, ou même de la fréquence plus grande chez les hommes, l'âge de l'enfance dans lequel nous voyons se développer assez souvent le rhumatisme noueux est très rarement signalé dans la goutte. Néanmoins Garrod (1) cite un cas où l'affection a débuté à l'âge de 9 ans.

Scudamore, tout en faisant des réserves sur le diagnostic, en donne deux cas, avec début chez l'un à 8 ans et l'autre à 12 ans.

Trousseau, Bouchut, Debout et Bouchard citent des exemples authentiques de goutte précoce. Enfin dans ces derniers temps, la littérature s'est encore enrichie de plusieurs faits du même genre.

Citons spécialement le cas rapporté par M. Gaucher il y a deux ans à la Société médicale des hôpitaux. (Séance du 22 juin 1889) (2). Nous observons en ce moment dans le service de M. le Dr Weill, un malade âgé de 24 ans venant des colonies, chez lequel la première attaque de goutte aurait eu lieu à l'âge de 11 ans, la deuxième il y a deux ans et la troisième il y a six semaines. Chaque fois c'est sur le gros orteil seul qu'avait porté l'attaque et cette dernière fois il eut également une fluxion du côté du genou droit (le même côté que l'orteil).

Dans tous ces cas, il s'agit d'enfants issus de familles goutteuses ou arthritiques.

La rareté de la goutte dans les premières années de la vie, par rapport au rhumatisme noueux, malgré la parenté si étroite qui existe entre ces deux états morbides au point de

(1) « La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux ». Traduction française par Ollivier, 1867, p. 282.

(2) Bulletin Médical, 1888, n° 50.

vue héréditaire et constitutionnel, ne doit pas nous étonner outre mesure. si nous envisageons de part et d'autre la différence des influences étiologiques occasionnelles et déterminantes.

Dans l'arthrite noueuse, les conditions spéciales d'hygiène et de genre de vie du sujet peuvent souvent se rencontrer dans l'enfance ou dans l'adolescence. Celles qui conduisent à la goutte sont inhérentes au genre de vie des adultes. Pour mieux mettre en évidence la différence de ces circonstances *hygiéniques particulières*, il suffit de rappeler l'exemple ingénieux de Pidoux, qui mettait en scéne deux frères s'engageant dans l'armée et revenant vingt ans plus tard, l'un général, l'autre sergent. Le général est devenu obèse, goutteux, et même diabétique ; le sergent, sec et maigre, a les mains déformées par le rhumatisme.

Disons enfin avec Bouchut, que les enfants destinés à devenir goutteux offrent souvent les mêmes phénomènes articulaires ou généraux qu'on rencontre dans la période prémonitoire du rhumatisme chronique ; plus tard ils peuvent devenir goutteux, ou rhumatisants suivant les circonstances.

A cette période tout à fait éloignée des manifestations goutteuses ou rhumatismales, le diagnostic différentiel est presque impossible.

L'arthrite noueuse peut souvent être confondue, surtout la forme partielle, avec une *tumeur blanche*. Cette erreur de diagnostic est signalée dans l'observation de M. Lacaze-Doré; l'enfant était traité pour une coxalgie scrofulo-tuberculeuse. L'absence de la suppuration est sans conteste un signe capital, qui, à l'aide des autres phénomènes propres au rhumatisme noueux, pourra facilement mettre sur la voie du diagnostic. Cependant les cas ne sont pas rares, où, à côté des manifestations scrofuleuses avec suppuration et fistules caractéristiques on voit évoluer la polyarthrite rhumatismale.

La malade de M. Stoïcesco a présenté, pendant l'évolution de son rhumatisme déformant, une coxalgie suppurée. Du reste il n'est plus douteux aujourd'hui que la tuberculose marche souvent de pair avec les manifestations arthritiques articulaires ou viscérales.

Il nous semble donc inutile d'insister encore sur les carac-

tères différentiels des signes objectifs et de la marche propre à ces deux sortes d'arthrites.

Dans l'étude que M. Méricamp a consacrée aux *arthropathies d'origine syphilitique*, nous trouvons un cas se rapportant à un jeune homme de 29 ans, syphilitique héréditaire, qui présentait une déformation notable du coude droit avec des saillies ostéophytiques à l'extrémité du radius et de l'humérus, hypertrophie de la tête du radius, craquements articulaires, extension incomplète, supination et pronation impossibles. Les mêmes lésions existaient à gauche mais moins accusées.

Le début de ces arthropathies remontait à l'âge de huit ans.

Sans contester aucunement l'analogie et même l'identité de ces arthropathies dites syphilitiques avec les arthrites rhumatismales, nous pensons, de concert avec beaucoup d'auteurs, que la syphilis même héréditaire, ne joue le plus souvent qu'un rôle étiologique secondaire par rapport à la prédisposition constitutionnelle du malade.

De même que dans la paralysie générale, dans le tabes, dans la sclérose en plaques, etc., nous faisons de grandes réserves sur la nature syphilitique des désordres articulaires signalés par M. Méricamp et nous doutons fort de l'efficacité du traitement spécifique seul contre le processus déformant qui nous occupe. (D'après ce qui précède, il est inutile d'établir un diagnostic différentiel.)

Quant aux *arthropathies tabétiques*, à celles consécutives à *l'atrophie musculaire progressive* ou à toute lésion médullaire, étudiées surtout dans ces derniers temps par Charcot et son école, l'extrême rareté de ces affections dans l'enfance suffit pour écarter l'erreur.

Mais il convient de citer ici la possibilité de confondre le rhumatisme cervical osseux, qui tient de l'arthrite noueuse, avec le *torticolis spasmodique* si fréquent dans l'enfance.

C'est ainsi que Bouvier croyait avoir affaire à cette affection chez une jeune fille de 8 ans et demi et voulait entreprendre la section du sterno-cléido-mastoïdien. Mais la malade succomba à une fièvre typhoïde, et la surprise du maître fut grande en trouvant à l'autopsie une ankylose complète des premières vertèbres en partie détruites ? La pièce déposée au

musée Dupuytren sous le numéro 614 (a), est absolument démonstrative.

Dans un autre fait rapporté par Trastour et cité par Pelissié, le mal ayant débuté par les vertèbres cervicales, on crut d'abord à une *pachyméningite* : le menton était venu se coller sur le sternum et tous les mouvements du cou était perdus. Les déformations articulaires des membres vinrent bientôt se joindre à ce tableau clinique et rectifier le diagnostic.

M. le professeur Grancher a bien mis en évidence les particularités inhérentes au diagnostic du rhumatisme cervical et s'exprime ainsi dans une clinique d'il y a deux ans (1) :

« Vous ne le confondrez pas avec une attitude vicieuse de « la tête et du cou provoquée par une *angine phlegmoneuse* « ou une *adénopathie*. Si dans ce cas, on peut croire, à pre- « mière vue, avoir affaire à un rhumatisme cervical, l'erreur « n'est pas de longue durée. Mais la chose n'est pas toujours « aussi simple, et, dans mainte circonstance, votre esprit « restera en suspens entre le diagnostic de rhumatisme cer- « vical et celui de *méningite spinale* ou, plus souvent encore, « de *mal sous-occipital*.

« Examinez votre malade avec la plus grande attention : « cherchez du côté des articulations, du côté du cœur, du « côté de la peau. Si vous trouvez, en même temps que la « douleur et l'attitude vicieuse du cou, quelques arthropa- « thies ou une détermination cardiaque. ou des lésions cuta- « nées à cachet rhumatismal, la tâche vous sera singulière- « ment facilitée. Mais il peut arriver que vous ne trouviez « que la localisation cervicale ! dans ce cas, examinez minu- « tieusement la région malade ; recherchez les antécédents « héréditaires et personnels de l'enfant, voyez quelle est sa « constitution ; et de l'ensemble de ces renseignements décou- « lera souvent la certitude absolue de votre diagnostic.

« Au surplus, si vous ne pouvez affirmer ce diagnostic « séance tenante, l'évolution de la maladie et les résultats du « traitement vous fourniront ultérieurement des données de « la plus haute importance.

« Le diagnostic du rhumatisme une fois établi, il ne faut « pas vous en tenir là : allez plus loin et voyez à quelle

(1) Bulletin médical, 1888 p. 284, nº 18.

« variété vous avez affaire; les articulations peuvent être « touchées isolément, comme aussi les muscles, et enfin, « articulations et muscles peuvent être intéressés à la fois.

« Cette seconde partie du diagnostic n'est pas la moins « délicate. Néanmoins avec de la patience et de la méthode « dans l'examen des petits malades, vous arrivez, assez faci- « lement, dans la plupart des cas, à *localiser la lésion d'une « façon certaine.* »

Il nous reste enfin à signaler les formes d'arthrite noueuse, qu'on rencontre dans le myxœdème et dans l'acromégalie, sur la nature desquels nous nous sommes déjà suffisamment expliqué quand nous avons parlé des affinités et des coïncidences morbides.

CHAPITRE VII

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

L'étude des lésions articulaires et péri-articulaires dans l'affection qui nous occupe n'a pu être faite jusqu'à présent que chez les adultes et surtout chez les vieillards.

Les sujets atteints de rhumatisme noueux dont le début remonte à l'enfance, ne meurent généralement pas à cette première époque de la vie.

D'une part la marche lente et progressive de l'affection a pour effet d'en prolonger beaucoup la durée et de reculer considérablement le terme ultime de la déchéance organique; d'autre part le pronostic même, en général, est beaucoup plus favorable chez les enfants que chez les vieillards, à cause de la possibilité de remédier soit aux altérations articulaires encore toutes récentes, soit même aux complications viscérales et aux troubles trophiques divers.

De là l'absence de documents spéciaux ayant trait aux altérations anatomiques de l'arthrite noueuse chez les enfants.

L'observation de M. le professeur Cornil se rapporte à une jeune femme atteinte depuis l'âge de 12 ans de déformations articulaires et qui meurt à 31 ans.

C'est bien là un cas de rhumatisme noueux infantile, mais les lésions constatées à l'autopsie appartiennent, en somme, à l'âge adulte.

Cependant il résulte de l'étude clinique de ces arthrites que l'âge ne leur imprime aucune modification spéciale.

Sauf peut-être des retards dans la soudure épiphysaire ou dans l'apparition spéciale des points d'ossification, nous croyons que l'examen anatomo-pathologique ne révèle point d'autres caractères spéciaux à l'évolution noueuse dans l'enfance. En attendant ces constatations particulières nous pouvons entreprendre ici, tout en utilisant les détails anatomiques signalés par M. Cornil, une analyse succinte des lésions qu'on trouve généralement, soit dans l'articulation même, soit dans les parties environnantes.

Il est certain que toute arthropathie rhumatismale débute, généralement, par des modifications superficielles, semblables aux altérations articulaires du rhumatisme aigu ou subaigu; et constituées par l'hyperplasie congestive des cartilages diarthrodiaux et de la synoviale.

Cette première période est souvent de très longue durée et peut, en somme, caractériser le rhumatisme articulaire chronique simple, la polyarthrite sèche chronique.

Souvent le processus hyperplasique s'accentue, soit spontanément, soit sous l'influence d'une cause étiologique quelconque, qui produit les exacerbations aiguës ou subaiguës.

Les diverses parties articulaires, et périarticulaires, cartilage, synoviale, périoste, os, ligaments, tendons et muscles, sont atteintes successivement et arrivent à la production morbide complète, qui constitue l'arthrite rhumatismale chronique déformante ou noueuse, dite encore proliférante.

« Ces arthrites sont essentiellement caractérisées par un « état villeux des cartilages, par une hypertrophie des franges « synoviales et par des ecchondroses ou des ostéophytes au « pourtour du revêtement cartilagineux. » (Cornil.)

Ces lésions sont plus ou moins prononcées, suivant les articulations malades et suivant la période de la maladie.

Généralement, les *épanchements synoviaux* ne sont pas bien appréciables dans les arthrites des vieillards et des adultes. L'examen clinique démontre que chez l'enfant, il y

a, au contraire, des hydarthroses fréquentes, qui précèdent et accompagnent l'évolution de ces arthropathies en constituant même une des causes principales des déviations et des luxations.

Les cartilages présentent des altérations successives consistant, soit seulement en une augmentation fendillaire avec *l'aspect velvétique* connu ; soit en une disparition centrale complète avec développement d'ecchondroses marginales.

Ces *ecchondroses* s'ossifient progressivement et produisent les ostéophytes compactes ou spongieuses qu'on rencontre au niveau des têtes épiphysaires, sous la forme d'un rebord régulier, ou bien d'excroissances latérales, symétriques et même sous l'aspect irrégulier des exostoses dites ostéogéniques.

A mesure que la maladie progresse, les surfaces articulaires plus ou moins dépourvues du revêtement cartilagineux, sont soumises aux frottements articulaires et la couche profonde calcifiée de l'ancien cartilage est mise à nu et donne lieu progressivement, *à la lame dite éburnée*, dont la génèse est comparée par Rindfleisch à celle de l'ostéite condensante.

Par un processus analogue, cette lame éburnée est successivement remplacée par une nouvelle lame osseuse sous-jacente, laquelle à son tour disparaît rapidement ; c'est ainsi que s'opère l'*usure progressive des têtes articulaires*.

Dans tous les autres points de l'épiphyse la moelle est adipeuse et la surcharge graisseuse y est tellement considérable que les travées osseuses s'amincissent, deviennent friables et concourent à compromettre progressivement la résistance de toute la diaphyse.

« Il est curieux de constater, disent Cornil et Ranvier, que « l'arthrite rhumatismale chronique qui s'accompagne d'une « formation exubérante des tissus cartilagineux d'abord et « osseux ensuite, ne détermine pas d'ankylose osseuse. »

Il y a, au contraire, une ankylose dite celluleuse.

L'immobilité des articulations tient souvent à des ostéophytes qui ne se soudent pas, quelquefois à une transformation fibro-cartilagineuse de la synoviale et de ses franges,

et enfin, à une union purement fibreuse des deux surfaces articulaires dépouillées de leur cartilage.

Concurremment avec ces altérations intra-articulaires, il se forme, dans l'athmosphère périarticulaire, un travail hyperplasique suivi bientôt de sclérose atrophique, qui dessine plus nettement les épiphyses avec leurs formes proéminentes et augmentées de volume.

Les insertions tendineuses deviennent même quelquefois le point de départ d'ostéophytes très irrégulières. Les ligaments intra-articulaires, les grandes capsules extra-articulaires et enfin, tout le système fibreux péri-articulaire est altéré, sclérosé et rétracté, au point de pouvoir provoquer, à lui seul, des déviations, des pseudo-ankyloses, des luxations et des sub-luxations, qui conduisent quand elles agissent, en effet, sans les désordres épiphysaires, à la variété d'arthrite déformante décrite par M. le professeur Jaccoud sous le nom de « rhumatisme chronique fibreux ».

A toutes ces altérations vient, finalement, se joindre le processus des atrophies musculaires si considérables dans le rhumatisme noueux.

D'après un examen microscopique fait par M. le professeur Debove, les fibres musculaires atrophiées provenant d'un cas de rhumatisme noueux type, présentaient les caractères de l'atrophie simple, sans dégénération ; mais l'auteur attire l'attention sur deux caractères, qui permettent de rapprocher ces atrophies musculaires des myopathies d'origine nerveuse, à savoir : l'irrégularité de l'atrophie et une sclérose du tissu conjonctif interstitiel. La diminution de volume du muscle ne tenait pas à une atrophie uniforme et simultanée de tous les faisceaux.

L'atrophie frappait certains muscles de préférence, et dans un même faisceau, on observait des groupes de fibres réduites au tiers et au quart de leur volume ; certaines même n'apparaissaient plus que sous forme d'un point rouge coloré par le carmin. Quant à la sclérose interstitielle, qui se rencontre également dans l'atrophie musculaire des hémiplégiques et des paraplégiques, elle est un caractère bien connu de l'atrophie musculaire progressive.

Ces ressemblances pouvant faire songer à la possibilité

d'une lésion du système nerveux central ou périphérique, qui tiendrait sous sa dépendance l'arthropathie et la myopathie rhumatismale, M. Dehove a fait des recherches microscopiques sur les cellules des cornes antérieures de la substance grise médullaire, sur les gros troncs nerveux, de même que sur les petites terminaisons nerveuses prises dans l'épaisseur même des muscles les plus atrophiés. Il n'a pourtant rien trouvé d'anormal.

MM. Pitres et Vaillard ont repris ces dernières recherches et ont signalé des altérations névritiques dans les muscles atrophiés des rhumatisants chroniques avec déformations typiques.

M. Luys disait, à propos de cette communication, à la Société de biologie, qu'il aurait constaté chez des vieilles rhumatisantes de la Salpêtrière, une atrophie de la moelle avec prolifération de la névroglie, épaississement de la pie-mère, etc.

Tout dernièrement, M. Raymond a soumis au contrôle de l'expérimentation, la théorie de l'origine médullaire de ces myopathies, qui se développent dans le voisinage des jointures malades.

Ces expériences l'ont conduit à la conclusion, que l'atrophie musculaire consécutive à une lésion articulaire, est de nature réflexe, qu'elle dépend du retentissement de la lésion locale sur la moelle, qui devient le siège d'altérations purement *dynamiques*.

. . . .

Vu le peu d'éléments nécessaires que nous avons eus à notre disposition pour l'investigation de tous les désordres inhérents à cette affection, ce chapitre sera forcément incomplet.

Nons ne parlerons donc point des diverses lésions viscérales et trophiques, que nous avons eu l'occasion d'étudier au point de vue clinique.

Mais il est nécessaire de passer en revue les causes immédiates et le mécanisme des déviations et des déformations articulaires.

En suivant la division de Besnier nous aurons à considérer les causes suivantes :

1° Les déplacemeuts des surfaces articulaires.

2° Les altératiɔns de forme et de volume des extrémités osseuses.

3° Les lésions pathologiques des éléments et des tissus périarticulaires.

Dans la première catégorie rentrent surtout les subluxations avec flexions, extensions et déviations latérales produites par les rétractions fibreuses et la contracture musculaire.

Toutes ces conditions constituent les déformations les plus accusées avec des altérations épiphysaires relativement très peu marquées. Ce qui agit d'une façon très puissante sur la formation de ces déplacements considérables, c'est la marche dite rapide, qu'on observe chez les jeunes sujets et chez les enfants.

La deuxième et la troisième catégorie de causes mentionnées plus haut, sont plus communes dans la vieillesse ou dans certaines formes spéciales, comme celles que nous avons signalées à propos du myxœdème et qu'on appelle forme œdémateuse ou hypertrophique en opposition avec la forme atrophique de Vidal.

Le *mécanisme des déviations* a été diversement interprété par les auteurs qui ont voulu tour à tour invoquer, soit une *action providentielle*, dans le but d'atténuer l'intensité des douleurs (Beau), soit les *attitudes* prises *instinctivement* par les malades afin d'éviter les douleurs articulaires (Trastour), soit enfin d'autres raisons mises en avant par Bonnet, de Lyon, comme : *poids des membres*, *contraction active* ou *passive des muscles*, *épanchements articulaires*, etc.

Mais parmi toutes ces causes aussi nombreuses que variées, il en est une, qui paraît jouer le rôle le plus important, c'est la *contracture spasmodique réflexe* ou involontaire défendue surtout par le professeur Charcot et après lui par Crock, Hilton, Duplay, Masse, etc.

Cette contracture, de même que les amyotrophies de cause articulaire, relèveraient ainsi d'une affection spinale (organique ou non), déterminée par voie réflexe.

CHAPITRE VIII

THÉORIE PATHOGÉNIQUE.

Le rhumatisme noueux est une des affections dont la nature essentielle a été le plus discutée, dans ces derniers temps, surtout depuis que son étude a pris, sous l'impulsion de Charcot et de son école, une extension si inattendue et si considérable.

Les théories pathogéniques diverses, se basant sur telle ou telle circonstance étiologique prédominante, abondent dans les travaux consacrés à cette étude.

Nous ne nous attarderons pas à les analyser et à les critiquer, de peur d'être entraînés trop loin et de dépasser ainsi le cadre de ce travail. Qu'il nous suffise d'indiquer celle d'entre elles qui nous paraît la plus plausible et à laquelle nous nous rallierons le plus volontiers.

Depuis John Mitchell, qui disait déjà en 1831, que le rhumatisme est une myélite à manifestations arthropathiques, les auteurs semblent s'attacher de plus en plus à assigner à cette affection une origine centrale. Sans parler des motifs théoriques multiples, qui font chercher la cause du rhumatisme dans une modification, soit organique, soit dynamique, de l'axe cérébro-spinal, il nous semble que son aspect clinique avec toutes ses complications si diverses, que l'étude étiologique et les faits que nous avons signalés comme se rattachant à un trouble trophique de l'innervation, suffisent pour justifier la tendance générale vers la théorie nerveuse.

Avant de remonter aux causes initiales de cette affection encore si mystérieuse, on ne parlait que de diathèse, constitution, transmission héréditaire et éclosion éventuelle de la prédisposition morbide.

L'école moderne, en se basant sur les données cliniques (coïncidences pathologiques et troubles trophiques), anatomo-pathologiques, et dans ces derniers temps, physiologiques, semble n'envisager que la maladie déjà constituée; et fait dépendre sa pathogénie d'une irritation cérébro-médullaire par voie réflexe. Qu'on nous permette d'envisager la question

à un point de vue moins restreint ; car ce que nous voulons et pouvons dire pour le moment, et c'est le corollaire naturel de nos investigations cliniques et étiologiques chez l'enfant, c'est que l'éclosion du rhumatisme noueux se fait sous l'influence d'une série de causes occasionnelles diverses (froid, humidité, misère, abus fonctionnel, traumatisme et même infection), qui produisent les arthropathies et les troubles trophiques, par l'intermédiaire d'une irritation spinale ou cérébrale, chez des sujets prédisposés, héréditairement le plus souvent, par suite de conditions spéciales, organiques ou dynamiques, de leurs centres nerveux.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Si dans l'histoire du rhumatisme noueux des adultes et des vieillards, on ne rencontre que des contradictions et, en général, des avis complètement défavorables sur l'efficacité de tous les moyens thérapeutiques mis en usage, il n'en est pas de même pour les enfants, qui ne demandent qu'à s'améliorer et subissent facilement une modification heureuse sous l'influence de moyens vainement essayés dans l'âge adulte.

Mais avant d'étudier la valeur spéciale de chacun d'eux, il convient de rappeler que l'enfant atteint de rhumatisme noueux, n'a pas seulement des lésions articulaires, des déformations et des déviations qu'il faut réparer, des atrophies musculaires et osseuses, dont il faut arrêter la marche progressive, mais encore, et surtout, un état général mauvais, tenant à la plupart des influences étiologiques que nous connaissons.

Cette façon d'envisager le malade et non pas la maladie, doit nécessairement nous conduire à une thérapeutique complexe, générale et locale, qui demande à être appliquée avec méthode et suivant les indications spéciales des sujets.

Les bons effets signalés sous l'influence de la *médication iodée* ne tiennent certainement qu'à l'action indirecte de ce

principe sur la nutrition générale de l'organisme. L'*iodure de potassium* a été tour à tour préconisé par Magendie, Bonnier, Montault (1), Massart (2) de même que par Guéneau de Mussy.

La *teinture d'iode* vantée par Lasègue (3) a joui d'une certaine vogue pendant quelque temps.

Enfin, l'*huile de foie de morue*, conseillée et repoussée alternativement par un nombre considérable de médecins, n'est également qu'un modificateur général de la constitution du malade.

Tous ces médicaments et surtout l'huile de foie de morue sont donc parfaitement indiqués chez les petits malades atteints de rhumatisme noueux ; et sans vouloir encore reprendre la discussion soulevée à ce sujet, par nombre d'auteurs, qui défendaient ou niaient l'action quasi-spécifique de l'iode sous toutes ces formes, nous dirons que l'enfance, plus que l'âge adulte ou la vieillesse, se trouve très bien de cet agent thérapeutique qui, suivant les paroles de Trousseau : « agit, non en s'attaquant à la diathèse rhumatismale elle-« même, mais en modifiant préalablement la constitution dé-« tériorée et en améliorant la nutrition. » (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. III, 1868.)

Quant à l'emploi de l'iode sous forme de *badigeonnages* réitérés sur les articulations déformées, ou encore simplement hyperplasiées, la pratique journalière prouve leur efficacité relative au moins pour les formes peu avancées.

En Angleterre comme en France, les auteurs ont beaucoup expérimenté *les préparations arsenicales* dans le rhumatisme noueux, et Guéneau de Mussy a surtout insisté sur l'association des *bains arsenicaux* (4) au traitement interne par la *liqueur de Fowler*.

(1) Montault. Observation sur l'emploi de l'iode dans le traitement de la goutte et du rhumatisme. Journal général de médecine t. c. VII, 1829.

(2) Massart. Iodure de potassium contre le Rhumatisme chronique. Bulletin de l'Académie de médecine de Paris 1050-51, t. XVI, p. 578.

(3) Archives générales de médecine, 1856, t. VIII, 5e série.

(4) M. Guéneau de Mussy prescrivait dans les formes franchement chroniques des bains contenant en dissolution :

Sous-carbonate de soude 100—150 gr.
Arséniate de soude de 1—8 gr.
Température 33—36, durée 3/4 h. — 1 h. 1/2.
Progressivement 1—4 bains par jour.

M. Charcot n'accorde à l'arsenic aucune propriété curative dans les formes tant soit peu invétérées. Moncorvo en a fait un usage prolongé sur sa petite malade, et dit ne pas avoir obtenu de résultat appréciable du côté des arthropathies, pour lesquelles il fut obligé d'avoir recours à d'autres moyens.

Nous n'avons personnellement aucune expérience à cet égard, et si quelques auteurs ont eu à enregistrer des effets favorables, cela est dû probablement à l'influence eupeptique de ce médicament, dont bénéficie consécutivement la nutrition générale.

Nous n'insisterons pas sur l'emploi de la *teinture ammoniacale de gaïac*, ni sur celui de *nitrate de potasse*, jadis employée par Martin Solon de Nancy, de même que sur les vertus thérapeutiques spéciales *des alcalins*, *des ferrugineux* et du *quinquina*, qui n'ont rien à faire avec le processus rhumatismal qui nous occupe.

En 1877, M. le professeur Germain Sée (1) est venu prôner devant l'Académie de médecine de Paris, les propriétés thérapeutiques de l'*acide salicylique*, non seulement pour le rhumatisme aigu, mais encore pour la polyarthrite déformante.

Les observations qu'il cite à l'appui, montrent que l'amélioration portant surtout sur les arthropathies, était plus nette chez les sujets moins âgés.

Pour cet auteur qui du reste ne se fait pas d'illusion sur la guérison complète du rhumatisme noueux sous l'influence de l'acide salicylique ou du salicylate de soude, ce médicament a une triple action :

1° Il calme rapidement les douleurs ; 2° diminue les engorgements articulaires, et 3° favorise l'élimination de certains principes du sang (acide urique, urates, etc.) Ajoutons encore sa valeur antithermique aujourd'hui bien établie et qui serait d'un précieux adjuvant à l'occasion des poussées aiguës ou subaiguës.

Quoi qu'il en soit de la valeur spécifique ou non, de ce mé-

(1) Étude sur l'acide salycilique et salycilates ; traitement du rhumatisme aigu et chronique et de diverses affections du système nerveux sensitif par les salicylates. (Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, tome I, 3e série, 1877, p. 735.)

dicament dans le rhumatisme noueux, il est certain aujourd'hui, d'après les faits rapportés par Bouchard, Luys, Ricord, Brochin, Guéneau de Mussy, Bouchardat et tant d'autres, de même que d'après les expériences physiologiques faites par M. Laborde, sur des chiens; que l'acide salicylique a une action incontestable sur l'affection arthropathique en question, et principalement sur le symptôme douleur.

Les enfants le tolèrent parfaitement bien, à la dose de 2-4 grammes par jour, et dans plusieurs observations se rapportant à notre sujet, ils s'en sont trouvés très bien, surtout au moment des poussées plus ou moins aiguës.

L'*antipyrine* prônée par le même auteur, et dont nous avons eu l'occasion de contrôler souvent l'efficacité contre les douleurs rhumatismales, peut parfaitement remplacer le salicylate de soude dans les poussées aiguës du rhumatisme chronique. Les enfants tolèrent assez bien ce médicament jusqu'à la dose de 3 grammes par jour.

Mais pour agir convenablement et sûrement contre le processus déformant de la polyarthrite, de même que sur la marche progressive des différents troubles trophiques, il faut agir *localement*. Parmi les moyens les plus efficaces, prônés et expérimentés par les auteurs, soit chez les adultes (Chéron, de Paris ; Remak, de Berlin, Althouse de Londres, d'Onimus, Jaccoud, Tripier, etc.), soit chez les enfants (Moncorvo, Boudet de Paris, Dally, etc.), l'*électricité* a été proclamée l'agent principal de la modification curative la plus certaine des arthrites noueuses. Nos expériences personnelles nous conduisent à la même conviction, car à l'aide d'une petite pile de Chardin nous sommes parvenus à améliorer considérablement l'état de la petite Reiter, qui, arrivée à un degré très avancé de contracture et d'immobilité articulaire au point de ne pas pouvoir, ni marcher, ni se tenir debout, ou exécuter le moindre mouvement, est sortie de l'hôpital, marchant et sautant facilement, même sans béquilles.

Dally rapporte un cas de guérison complète par l'électricité, de même Moncorvo, Blache, etc.

Quant au manuel opératoire, nous ne pouvons faire mieux que de citer textuellement la note que M. le Dr Boudet de Paris a rédigée sur ce sujet pour la thèse de M. Lacaze-Doré.

« Dans le rhumatisme noueux, l'électricité peut rendre de grands services et même amener la guérison.

« Des trois modes d'électrisation, statique, faradique et galvanique, le dernier est celui, auquel on doit recourir de préférence, les deux premiers n'agissant guère que sur les muscles et la circulation des petits vaisseaux.

« La galvanisation a pour résultat :

« 1° De faire cesser très rapidement les douleurs ;

« 2° De faire disparaître les contractures ;

« 3° D'aider à la disparition des nodosités ;

« Prolongée quelque temps, elle fait également disparaître l'atrophie des muscles et les paralysies.

« Le mode d'application est le suivant :

« Appliquer le pôle positif, représenté par une large plaque mouillée, sur la région cervico-dorsale (pour le rhumatisme des membres supérieurs), ou sur la région dorso-lombaire (pour le rhumatisme des extrémités inférieures). Plonger les extrémités malades dans un bassin de porcelaine plein d'eau légèrement salée, et à la température du corps.

« Enfin, mettre cette eau en communication avec le pôle négatif de la pile au moyen d'une plaque métallique et d'un fil conducteur.

« Le courant doit avoir pour les enfants, une intensité de 8-12 unités environ (huit à douze milliampères).

« Les séances doivent être faites tous les jours au moins pendant le premier mois, et chacune d'elles doit avoir une durée de 10 à 15 minutes ».

Nous avons ajouté à l'application des courants continus au niveau des articulations même, les courants intermittents le long des muscles contracturés et atrophiés.

Nous n'avons aucune expérience sur l'application de l'électricité statique. Ce qui ressort clairement de cette étude et de l'observation détaillée des cas traités par cette méthode, c'est l'efficacité essentielle des courants continus à intensité plus ou moins grande, sur laquelle le professeur Lefort avait déjà insisté dans un mémoire présenté en 1871 à la Société de chirurgie, à propos du traitement des arthrites.

Il nous reste à mentionner le massage, comme moyen complémentaire, de l'application électrique, pour produire

la résorption des infiltrations péri-articulaires et contribuer à la régénération locale des fibres musculaires, et des divers tissus compromis par le processus arthropathique.

Moncorvo conseille encore le redressement du membre vicieusement infléchi, soit brusquement en rompant d'un seul coup toutes les adhérences, soit lentement et progressivement, au moyen d'un appareil approprié ; c'est, du reste, le procédé suivi par Bonnet (de Lyon), dans le traitement des déformations consécutives à la coxalgie.

L'électrothérapie et le massage constituent d'après nous, la meilleure ressource dont dispose le médecin pour améliorer et guérir le rhumatisme noueux des enfants.

Il est pourtant encore une médication très en vogue dans tous les pays, qui rend quelquefois de véritables services, mais dont l'efficacité absolue nous paraît contestable.

Nous voulons parler de la méthode balnéaire et surtout des bains sulfureux, sur lesquels M. le Dr Jules Simon a longuement insisté dans ses cliniques (1).

Tout en faisant ses réserves sur leur usage, en présence des complications cardiaques, rénales, cérébrales et viscérales en général, cet auteur recommande pour les rhumatisants, les lymphatiques ou les scrofuleux, les eaux chlorurées de Bourbonne-les-Bains (température très élevée 56-58°; contenance 5 à 6 gr. 0/0 de chlorure).

Les eaux chlorurées fortes de Salins (Jura), de Salins-les-Moutiers (Savoie), de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées) sont plus fortes en chlorure, mais beaucoup moins chaudes (11-15°) on est même obligé de les chauffer. Leur indication est la même que celle des eaux de Bourbonne-les-Bains.

Les enfants rhumatisants simplement débilités se trouveront bien à Aix-en-Savoie, où le massage est pratiqué d'une façon remarquable. Le climat est très chaud, même en automne et les eaux ont une thermalité très grande. Cauterets, Luchon et Barèges sont également indiqués pour cette catégorie de malades.

(1) Conférences thérapeutiques et cliniques pour les maladies des enfants, Paris 1884, t. II, XI Conférence, p. 188.

Ceux qui ont des perturbations dans les fonctions digestives se trouveront bien à Plombières et Royat.

Enfin les sources de Luxeuil (Haute-Saône) sont indiquées chez les jeunes filles rhumatisantes, atteintes de chlorose franche et chez lesquelles l'approche des règles pourrait faire éclore des états névropathiques divers : dans cette station, on dispose d'eau thermale saline excellente contre les manifestations rhumatismales, et on y trouve aussi une eau ferrugineuse puissante contre la chlorose.

Quant aux eaux de Vichy qu'on conseille souvent pour l'adulte, M. Jules Simon s'exprime ainsi :

« N'envoyez jamais les jeunes sujets à Vichy, même si leur affection porte sur les voies digestives, même si elle se complique de congestion hépatique, de polycholie. Là où Vichy triomphe chez l'adulte d'une façon incontestable, il ne produit plus chez l'enfant, toujours plus ou moins anémique, qu'une action dépressive. »

Ajoutons à ce chapitre si intéressant de balnéothérapie française les quelques stations étrangères, dont l'efficacité contre le rhumatisme noueux est plus ou moins vantée par les auteurs : Toeplitz en Bohême, Herculesbad en Hongrie, Ragatz en Suisse, Nauheim en Allemagne, Baden en Suisse et Baden en Autriche, Franzensbad en Bohême, Archendo en Espagne, Civita-Vecchia en Italie. A défaut de stations balnéaires, les simples bains sulfureux donnés à domicile ou à l'hôpital, comme nous l'avons fait pour nos malades, suffiront pour remplir l'indication purement topique dans le traitement du rhumatisme noueux.

N'oublions pas encore un moyen thérapeutique qui rend souvent de véritables services par l'action topique spéciale sur les jointures hyperplasiées et douloureuses ; ce sont les bains de sable chaud appliqués localement tous les jours pendant 10 à 15 minutes. Nous en avons retiré de grands bénéfices pour la malade qui forme l'objet de la XXVe observation.

OBSERVATION XXV (Personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Dr A. Weill.
(Hôpital de Rothschild.)

Gabrielle L...., âgée de 14 ans, est entrée salle des filles, lit n° 11, le 23 octobre 1889.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES :

Père âgé de 56 ans, marchand ambulant, très nerveux, a eu des attaques de rhumatisme articulaire aigu et présente sur la figure un acné rosacé très accusé.

Mère, 49 ans, migraineuse et dyspeptique, elle présente au niveau de l'articulation phalangino-phalangettique de chaque petit doigt des petits renflements latéraux qui rappellent les nodosités d'Heberden.

Depuis deux ans, elle a un goitre assez volumineux, qui s'est développé insidieusement et ne lui occasionne aucune gêne. De temps à autre, elle a des battements de cœur et des sensations de chaleur qui lui montent à la figure. A l'examen du cœur on ne constate rien d'anormal. Pas d'exophthalmie.

Une cousine de la mère est atteinte depuis très longtemps de la maladie de Basedow (goitre volumineux, exophthalmie prononcée, tachycardie, nervosisme, etc.).

La mère de cette cousine est également atteinte de goitre.

Un oncle paternel est goutteux depuis 10 ans, et glycosurique depuis l'année dernière.

Un cousin de 32 ans a fait l'année dernière, un séjour dans notre service, pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endopéricardite. C'est un sujet excessivement nerveux, qui a également des troubles dyspeptiques.

Une sœur aînée a subi il y a trois ans une résection du genou pour une arthrite, qu'on disait tumeur blanche. L'année dernière, elle fit un court séjour dans notre service pour un traumatisme et nous eûmes l'occasion d'assister à plusieurs reprises à des crises d'hystérie confirmée. Il y a quelques mois, elle vint encore à l'hôpital pour de l'herpès génital.

Une autre sœur, artiste lyrique, est très nerveuse et migraineuse.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

La malade est née à terme, à Valenciennes, où elle est restée jusqu'à l'âge de 9 ans. La maison que la famille habitait était humide. Nourrie au sein par une nourrice jusqu'à six mois

puis au biberon. Pas de convulsion, ni de troubles de la dentition, qui a été seulement retardée à 17 mois. Elle eut successivement la scarlatine, la coqueluche et ensuite pendant longtemps de l'impétigo du cuir chevelu, de l'eczéma généralisé et des glandes du cou.



Arrivée à Paris, ses yeux se prirent à leur tour et pendant deux ans, elle eut des troubles inflammatoires. L'oculiste qui la traitait fit alors remarquer à la mère que les mains de la petite

fille étaient déformées, ce dont elle ne s'était même pas encore aperçu.

A cette époque elle avait 10 ans, elle n'avait jamais jusqu'alors éprouvé de douleur et même de gêne au niveau des articulations de ses doigts, qui commençaient néanmoins à prendre un cer-



tain degré de déviation. La déformation s'accentuait de jour en jour et la malade entre le 25 octobre 1889, dans le service de M. le Dr Ollivier, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Là, elle fut soumise à l'iodure de potassium sans autre traitement local. A la fin de novembre, les parents retirent l'enfant

sans aucun changement dans son état, après un mois de traitement (1).

Il y a deux mois elle fut prise presque tout d'un coup de douleurs très vives dans l'épaule droite, dans les deux coudes et dans les genoux. Ces douleurs n'étaient accompagnées d'aucun phénomène appréciable, comme tuméfaction, chaleur locale, fièvre, etc. Seuls les mouvements étaient en quelque sorte entravés; du reste, la douleur même était supportable et au bout de 8 jours, tout était rentré dans l'ordre.

Trois semaines après, seconde atteinte rhumatismale au niveau des mêmes articulations et durant de 5 à 6 jours.

Enfin, 4 jours avant son entrée dans notre service, troisième atteinte, beaucoup plus atténuée et durant 2 à 3 jours.

Il est à remarquer que ces attaques douloureuses du côté des articulations, sont en quelque sorte mensuelles et précèdent de quelques jours le flux menstruel, dont l'établissement pour la première fois a justement coïncidé avec la première de ces attaques, c'est-à-dire deux mois avant son arrivée dans notre service, la deuxième attaque a précédé de 8 jours la menstruation et la dernière a été simultanée dans la troisième.

La malade se présente à notre observation avec un état de santé excellent, ayant bon appétit, aucune douleur; elle est assez grande, bien musclée et nous ne trouvons rien à noter au point de vue de la sensibilité ou de la motilité.

Son cœur est en très bon état et de même tous les autres viscères.

Aux yeux, il n'y a aucune trace des affections antérieures.

L'aspect de sa figure attire notre attention par un ensemble de particularités, qui méritent d'être relevées. C'est ainsi qu'au premier abord on est frappé du retrait notable du maxillaire inférieur contrastant sensiblement avec la proéminence de toute la moitié supérieure de la face.

La lèvre supérieure épaissie surplombe complètement l'inférieure, qui est mince, cachée et attirée vers le plan osseux et alvéolaire sous-jacent. Le nez avec ses ailes, les arcades sourcillères et les pommettes présentent un état de développement normal. La moitié latérale gauche est même un peu plus développée que la droite, de sorte qu'il y a manifestement un certain degré d'asymétrie.

(1) Son observation fût prise dans le service de M. Ollivier, par M. Pélissié, qui la publia dans sa thèse inaugurale. (Le Rhumatisme articulaire chronique progressif chez les enfants, 1889.)

Le maxillaire inférieur, bien que recouvert d'une épaisse enveloppe musculo-cutanée, offre dans son ensemble un degré très prononcé d'atrophie ou bien d'arrêt de développement. Le menton est aminci d'avant en arrière et rétréci latéralement; l'angle massétérien est très peu saillant.

Sa mère prétend que cet arrêt de développement date seulement de 3 à 4 ans (coïncidence avec le début du rhumatisme).

Elle n'a jamais eu de douleurs rhumatismales dans les articulations temporo-maxillaires. Ici, comme pour la moitié supérieure, il y a inégalité des deux côtés, car la moitié gauche du maxillaire inférieur paraît moins atrophiée que la droite.

Membres supérieurs. — Rien d'anormal aux épaules, aux coudes et aux poignets, ni gonflement des têtes osseuses, ni craquements, pas de gêne dans les mouvements, musculature conservée.

Les doigts sont le siège de déformations caractéristiques, qui affectent les formes suivantes :

Main gauche. — Aux trois derniers doigts, les articulations phalango-phalanginiennes sont augmentées de volume et surtout élargies dans le sens transversal.

Les phalanges sont rejetées en masse vers le bord cubital; les phalangines vers le bord radial et la phalangette de l'annulaire et du médius, légèrement ramenée vers l'axe des phalanges.

En même temps il y a extension de ses 3 doigts sur les métacarpiens, flexion des phalangines sur les phalanges et extension des phalangettes sur les phalangines.

Le doigt indicateur affecte une forme de déviation justement opposée. La phalange est rejetée vers le bord radial et la phalangine vers le bord cubital : de sorte qu'il y a un espace losangique entre ce doigt et le médius, espace résultant de la différence de direction des angles de déviation.

Au pouce, il y a seulement augmentation uniforme des têtes épiphysaires sans déviation.

Main droite. — *Au petit doigt.* — Augmentation de l'articulation métacarpo-phalangienne, flexion phalangino-phalangienne, légère déviation de la phalangette vers le bord radial.

Annulaire. — Articulations métacarpo-phalangienne et phalango-phalanginienne, augmentées de volume, déviation de la phalange vers le bord cubital, de la phalangine vers le bord radial : donc angle-obtus en dehors.

Médius. — Augmentation transversale de l'articulation phalango-phalanginienne.

Indicateur. — Augmentation de l'articulation métacarpo-phalangienne, déviation de la phalange vers le bord radial, déviation de la phalangine vers le bord cubital, déviation légère de la phalangette vers le bord radial.

Pouce. — Augmentation de l'articulation phalango-phalanginienne. Il y a donc ici également une différence de déviation



entre l'index et les autres doigts ; existence de ce même espace losangique interdigital, en outre, extension des phalanges sur le métacarpe, flexion des phalangines sur les phalanges et légère extension des phalangettes sur les phalangines (1).

(1) La malade accuse un peu de difficulté à fléchir les doigts déformés et, chose qui rappelle un peu ce qui se passe dans la crampe des écrivains, dès qu'elle commence à travailler, soit le crochet, la couture, l'écriture, ou même à l'occasion de petits mouvements insignifiants, elle ressent dans les doigts une sorte de spasme accompagné d'engourdissement, d'un léger tremblement, ou d'une faiblesse extrême la forçant de cesser immédiatement.

Ce qui est surtout à remarquer dans l'aspect de ces mains, c'est l'absence d'atrophie musculaire généralement consécutive à ces sortes de déformations articulaires. (Voir l'observation de la fille Reiter, etc.)

Colonne vertébrale. — Pas de déviation, ni de déformations, pas de douleurs à la pression, sauf au niveau des dernières vertèbres cervicales où il y a un léger degré de raideur et de sensibilité douloureuse.

Membres inférieurs. — Quelques craquements dans le genou gauche, qui est douloureux de temps à autre.

Les mollets sont souvent le siège de spasmes douloureux qui l'empêchent de marcher par moments, mais dont la durée est très éphémère.

Aux pieds nous ne trouvons qu'un léger rejet du quatrième orteil sur le cinquième sans augmentation notable de l'articulation.

La même lésion se voit symétriquement sur les deux pieds. Elle la gêne parfois pour la marche un peu plus rapide mais surtout pour le saut.

Il n'y a pas de troubles digestifs, les urines sont normales.

Traitement. — Alternativement elle prend tous les 2 jours des bains sulfureux, huile de foie de morue, des bains de sable chaud locaux durant 15 minutes suivis d'une séance de 15 minutes d'électricité à courants intermittents (petite pile de Chardin).

Au bout d'un mois de ce traitement, la malade commence déjà à mieux fléchir ses doigts et peut se livrer sans gêne à des petits travaux de couture, pendant une demi-heure et même plus ce qui lui était complètement impossible auparavant.

Avec ce même traitement, elle arrive au bout de 3 mois à ne plus ressentir aucune gêne fonctionnelle dans les articulations déformées. Les déformations elles-mêmes sont considérablement modifiées et nous constatons graduellement une diminution notable des déviations latérales.

Malgré cette amélioration de plus en plus parfaite du jeu des articulations, et de son état général, la malade reste encore dans le service et voici la cause :

Depuis son entrée à l'hôpital (23 octobre 1889), la malade qui avait commencée à être réglée trois mois auparavant, ayant des poussées de rhumatisme articulaire subaigu à l'occasion de chaque menstruation, a complètement cessé de voir au fur et à mesure que ses doigts s'amélioraient.

Par contre, au moment critique (date à peu près exacte de la menstruation) nous assistons tous les mois à une poussée presque aiguë (temp. 39°, 38,6) de rhumatisme polyarticulaire durant 2, 3, quelquefois même 5 jours. Elle est alors prise presque d'une façon subite de fièvre, manque d'appétit, vomissement même, abattement, insomnie, douleur et immobilité des grandes jointures (épaules, coudes, genoux), rarement des petites, qui sont le siège des déformations.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre.

1° Début du rhumatisme déformant à 10 ans, à la suite de troubles oculaires, probablement de nature rhumatismale ;

2° Etablissement insidieux et sans douleurs des déformations digitales ;

3° Poussées subaiguës et aiguës de rhumatisme articulaire dans les grandes jointures à l'occasion de chaque époque menstruelle remplaçant même complètement cette fonction congestive.

4° Déformations si caractéristique des articulations digitales et absence totale d'atrophie musculaire.

5° Spasmes et tremblements fonctionnels dans les jointures déformées;

6° Asymétrie de la face et surtout *atrophie osseuse du maxillaire inférieur.*

Cette atrophie du maxillaire inférieur, qu'on a déjà signalée chez les tabétiques (Vallin, Luys, Lereboullet, *Soc. méd.* juillet 1879) et que nous avons retrouvée chez une seconde malade atteinte de rhumatisme articulaire chronique déformant, parait tenir à un trouble trophique d'origine centrale.

7° Richesse d'antécédents héréditaires d'ordre nerveux et arthritique : *Rhumatisme aigu*, *acné*, *nervosisme* (père); *migraines*, *dyspepsie*, *nodosites d'Heberden*, *goître* (mère); *maladie de Basedow* (tante maternelle); *goître* (une autre tante); *goutte et glycosurie* (oncle paternel); *rhumatisme polyarticulaire aigu avec endo-péricardite* (cousin); *arthrite chronique*, *hystérie*, *zona* (sœur ainée); *migraines*, *nervosisme* (sœur aînée également).

Observation XXVI (Prof. Grancher).

Publiée dans la thèse de M. Pelissié, 1889.

L..... (Virginie), âgée de 10 ans est entrée le 21 juillet 1886, salle Ste-Catherine, lit 17, dans le service de M. le professeur Grancher, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires :

Sa mère n'a pas de déformations des mains, elle n'est pas rhumatisante. Le père aurait eu des rhumatismes sans déformation des doigts.

Antécédents personnels :

Née à Paris, élevée au biberon par une nourrice à Tonnerre, elle y reste jusqu'à 6 ans.

A eu deux frères et quatre sœurs, les uns plus âgés, les autres plus jeunes qu'elle, et qui sont tous morts, dont un à la suite de convulsions.

Pendant qu'elle était chez sa nourrice, l'enfant restait dehors toute la journée occupée à garder les oies.

Elle habitait au rez-de-chaussée une chambre humide et couchait dans un lit voisin d'une muraille sur laquelle l'eau coulait, L'enfant avait une sensation constante de froid humide qui la tenait longtemps éveillée dans son lit.

Vers l'âge de 6 ans, en 1882, pendant l'hiver, à un moment où il faisait particulièrement froid, l'enfant éprouva pendant un mois des douleurs vagues, puis un matin elle ne put se lever à cause d'une douleur vive dans les *poignets* accompagnée d'enflure en même temps elle avait un *torticolis*.

Un médecin appelé porta le diagnostic rhumatisme, et ordonna un vomitif; deux jours après l'enfant était ramenée à Paris.

Les douleurs et l'enflure avaient gagné les mains; quelques jours après les pieds et les genoux sont enflés.

Plusieurs médecins sont appelés successivement; le traitement consiste dans l'enveloppement des jointures avec de la ouate imbibée de baume tranquille et de laudanum. Comme traitement interne on donne ; huile de foie de morue, goudron, fer, huile de ricin et vin de gentiane.

L'enfant resta plusieurs semaines au lit avec des douleurs dans les jointures atteintes, quoique le gonflement des parties molles eût diminué. On s'aperçut alors que les extrémités osseuses articulaires avaient augmenté de volume.

L'enfant ne pouvait ni manger, ni marcher seule. Au bout de quelque temps, elle se leva sans toutefois pouvoir reprendre la vie des enfants de son âge, c'était en 1883. Elle était logée rue Oberkampf au deuxième étage, dans une chambre non humide : On lui faisait des badigeonnages de teinture d'iode sur les articulations. Les mouvements revinrent peu à peu mais incomplètement; les saillies des extrémités osseuses diminuèrent.

L'enfant recommençait à jouer avec ses camarades, lorsqu'à la suite d'un refroidissement et d'une chute, elle fut reprise de douleurs généralisées à presque toutes les jointures. On l'emmène alors à l'hôpital où elle fut admise dans le service de M. Jules Simon. Elle prit la rougeole dans le service, mais pendant l'évolution de cette maladie, aucune modification ne se produisit dans l'état de ses jointures. Au bout d'un mois, après un traitement consistant en sirop d'iodure de fer et badigeonnage de teinture d'iode, elle quitta l'hôpital.

En 1885, elle passa quelque temps dans un orphelinat pour entrer ensuite à Ste-Eugénie; là le traitement consista en bains de sable chaud, salicylate de soude et de bromure de potassium. Quand elle avait pris du salicylate, des bourdonnements d'oreilles l'empêchaient de dormir.

Après un mois de séjour à l'hôpital, elle revint à l'orphelinat où on lui donna en même temps que de l'huile de foie de morue une nourriture très substantielle. Les douleurs étaient plus rares et moins fortes, mais les déformations augmentaient.

L'enfant ayant subi un nouveau refroidissement dans son lit où elle était insuffisamment couverte, vit ses douleurs se réveiller un matin avec une extrême violence, ce qui décida les parents à l'emmener à l'hôpital des Enfants-Malades où elle fut admise le 21 juillet 1886.

Etat actuel. — Cette petite fille est de taille moyenne, maigre, au teint pâle, ses cheveux sont blonds et les yeux sont bleus, la peau est fine et très riche en réseaux veineux. Il n'y a pas d'adénopathie notable, elle n'a jamais eu de maux d'yeux ni d'oreilles. *La lèvre supérieure est un peu épaisse, le nez large et aplati la dentition est mauvaise.* Elle tient la tête un peu inclinée sur la poitrine par suite d'une sorte de raideur de la nuque, l'extension de la tête spontanée ou provoquée est douloureuse.

Cette raideur est évidemment due à l'ankylose partielle des dernières vertèbres cervicales qui ne sont pas douloureuses à la pression, mais à ce niveau, la peau épaisse, lisse et tendue se plisse difficilement.

Pas de douleurs le long de la région dorsale ni lombaire qui ont conservé toute leur mobilité normale.

Pas de douleurs ni de déformations des articulations des épaules et des clavicules, la douleur n'apparaît qu'avec les mouvements qui sont limités, surtout quand on cherche à provoquer les grands mouvements de rotation sur place; on perçoit alors des craquements intra-articulaires.

Pas d'atrophie des muscles de l'épaule ni du thorax qui, bien qu'étroit, est régulièrement conformé.

Les mouvements du coude sont limités. surtout du côté de l'extension, douleur légère au palper mais attribuée en partie à une hydarthrose légère qu'atteste la fluctuation.

En revanche, l'extrémité inférieure des deux avant-bras est très amaigrie et les muscles très atrophiés particulièrement à gauche, les épiphyses radiale et cubitale font une saillie très apparente.

Les articulations radio-carpiennes sont épaissies dans tout leur diamètre. L'examen attentif n'y révèle pas de stalactites osseuses, mais au niveau de l'interligne articulaire on perçoit une fluctuation très nette qui permet d'affirmer que la synoviale est distendue par un léger degré d'hydarthrose ; en ce point la peau est comme collée sur le squelette.

La flexion est plus étendue que l'extension, mais toutes deux sont notablement moindres que normalement.

Pas de douleurs actuellement.

Les os du carpe, surtout le trapèze et le trapézoïde forment des saillies plus accusées que chez les sujets sains; les tendons se dessinent en relief dans la région métacarpienne.

Mains. — Il y a diminution des masses musculaires de l'hypothénar et surtout du thénar; les interosseux dorsaux sont atrophiés.

Les téguments de la face dorsale de la main paraissent avoir subi un léger degré de troubles trophiques : peau luisante sèche, légèrement pityriasique, sillonnée de veines nombreuses.

A la face palmaire au contraire, la peau est rosée, elle est ordinairement moite et froide; l'enfant a d'ailleurs des sueurs faciles au moindre exercice.

Les articulations métacarpo-phalangiennes forment des saillies très accentuées; épaississement notable dans tous les diamètres, non seulement par gonflement osseux, mais par hydarthrose sensible de toutes les jointures à la palpation; pas de stalactites osseuses.

Les articulations phalango-phalangiennes sont, elles aussi, épaissies dans tous leurs diamètres, mais surtout dans le sens antéro-postérieur.

Les deux derniers segments des doigts ont subi des déviations permanentes, qui consistent d'une part en une incurvation vers l'axe de la main (particulièrement accusée pour l'annulaire et l'auriculaire) et d'autre part en une flexion vers la paume de la main qui tend à donner aux doigts l'apparence de griffes. Les phalangettes sont en flexion encore peu accusée sur les phalangines.

Les articulations phalangino-phalangettiennes sont très renflées, particulièrement saillantes sur la face dorsale. Elles sont atteintes aussi d'hydrarthrose légère et leur déformation s'éloigne notablement du type d'Héberden sauf à l'index gauche où il existe quelque analogie.

Entre ces deux sortes de déformation on peut relever toutefois cette difficulté que les deux saillies latérales de la face dorsale qui, dans la nodosité d'Héberden, sont constituées par des reliefs osseux, piriformes, latéraux, paraissent ici dus principalement au boursouflement de la synoviale sur les parties latérales du tendon extenseur.

Pas de dystrophie des ongles.

La force musculaire est modérée, et à peu près égale à droite et à gauche.

Il n'y a pas de doute sur la tuméfaction des extrémités osseuses.

Membres inférieurs. — Un peu d'atrophie des muscles au tiers inférieur des cuisses. Le genou droit est un peu plus volumineux que le gauche.

Mouvements spontanés et communiqués faciles.

Pas de craquements articulaires.

Les muscles des mollets sont très amaigris.

Rien aux articulations tibio-tarsiennes, ni à celles des orteils qui sont un peu en marteau. L'articulation du premier métatarsien avec le gros orteil est un peu plus grosse que normalement.

Les réflexes tendineux des genoux sont conservés.

Rien aux poumons.

Cœur normal, palpitations faciles à la course.

Pas de dilatation de l'estomac; fonctions digestives bonnes.

Depuis que l'enfant est dans le service, les douleurs se sont calmées, l'état général est satisfaisant.

En somme, amélioration évidente au point de vue des mouvements depuis l'arrivée. Aujourd'hui l'enfant tricote, joue avec ses camarades et peut même courir.

Le traitement n'a consisté qu'en une bonne hygiène et de l'huile de foie de morue.

Le 17 juin 1887, la malade set envoyée à l'hôpital maritime de Berk-sur-mer.

Nous avons consulté le bulletin de santé de Berk et nous trouvons qu'en juillet 1887, l'état n'a pas changé, en octobre et novembre, le bulletin porte une amélioration très notable et à la date du 10 janvier 1888, nous voyons que l'enfant est renvoyée à Paris avec cette note : Guérie.

Observation XXVII (Henri Pélissié).

Recueillie dans le service de M. le professeur Grancher.

Berthe Riv., âgée de 13 ans, est entrée à l'hôpital des Enfants-malades, salle Husson, le 28 septembre 1888, lit n° 6.

Antécédents héréditaires :

Mère bien portante ; aucune maladie notable ; ses parents sont morts à un âge avancé.

Père exerce la profession de cocher, il est bien portant, ses parents, eux aussi, sont morts âgés.

Pas d'autres enfants.

Antécédents personnels :

L'enfant est née à terme, saos accidents, élevée au biberon par une nourrice à la campagne, aux environs de Saint-Quentin, dans un pays très marécageux. A 3 ans et demi, elle n'avait pas été malade, on la confia à une femme du même village ; au bout de quelque temps (l'enfant avait alors 4 *ans environ*), la mère s'aperçut que sa fille avait les doigts un peu déformés ; le matin, elle avait les mains engourdies et les mouvements de toutes les jointures étaient restreints et difficiles. Cependant, l'enfant ne se plaignait pas de douleurs articulaires.

Elle eut la rougeole et plusieurs fois des éruptions d'impétigo.

Pour aller à l'école située à une grande distance, la petite fille était obligée de suivre des chemins toujours pleins d'eau ; elle était mal nourrie et a beaucoup souffert de la misère. Les parents la mirent alors à Mortagne où elle a passé ces trois dernières années dans de meilleures conditions d'hygiène, mais sans soins médicaux pour ses articulations dont l'état ne s'est

pas amélioré, c'est ce qui décida la mère à la reconduire à Paris pour lui faire suivre un traitement; depuis six mois surtout, la gêne dans les articulations a beaucoup augmenté.

Etat actuel. — Enfant peu musclée, d'embonpoint moyen, de taille normale et de teint coloré.

Elle marche à petits pas et assez vite, elle tient la tête penchée en avant et presque immobile.

Les déformations des jointures sont à peu près symétriques. La plupart des articulations sont malades à des degrés variables et probablement atteintes de la même lésion, c'est-à-dire épanchement synovial distendant légèrement les ligaments, gonflement des tissus fibreux périarticulaires. Le gonflement des extrémités osseuses est limité aux phalanges des mains. Voici, d'ailleurs, le détail des aspects de plusieurs articulations.

Membres supérieurs. — Aux mains, l'extension est impossible dans toutes ses parties (doigts, carpe, poignet), les doigts ne peuvent atteindre la flexion complète, la préhension s'effectue bien, mais est peu solide. La forme des articulations est très modifiée, elles sont doubles de volume, ce qui donne aux doigts un aspect noueux très prononcé; la dernière phalange est effilée.

L'index droit est un peu plus courbé que normalement sur son bord interne.

Les deux pouces peuvent à peine esquisser les mouvements de flexion; l'opposition est conservée dans toutes ses parties, ce qui indique que la première articulation métacarpo-phalangienne est assez libre.

La fluctuation est assez manifeste dans quelques articulations métacarpo-phalangiennes, mais surtout dans les quatre dernières. On reconnaît la présence du liquide à une dépressibilité spéciale de l'interligne articulaire.

Les articulations phalango-phalanginiennes présentent des saillies arrondies, sortes de ganglions réductibles.

Les extrémités osseuses des phalanges sont gonflées.

Poignets. — Gonflement dû à l'hydarthrose; les mouvements sont limités dans tous les sens.

Coudes. — Pas de déformation; l'hydarthrose est douteuse; l'extension complète de l'avant-bras sur le bras n'est pas tout à fait possible.

Epaules. — La rondeur en est exagérée, quoique la palpation n'y fasse rien reconnaître d'anormal. Les mouvements sont bien conservés; l'enfant porte facilement la main sur la tête,

mais il est manifeste que l'omoplate suit les mouvements du bras dès que ceux-ci dépassent une certaine amplitude.

Colonne vertébrale. — Elle ne paraît atteinte que dans sa portion cervicale ; il n'y a aucune déformation, mais tandis que la flexion est facile au point de permettre au menton de toucher le sternum, l'extension de la tête est au contraire extrêmement limitée.

Les mouvements de rotation sont très petits, l'enfant les transforme en mouvements de flexion latérale peu prononcée elle-même.

Dans la région dorsale et lombaire, tout est normal.

Tête. — Rien dans l'articulation temporo-maxillaire.

Membres inférieurs. — La voûte plantaire est un peu affaissée, mais cette conformation est antérieure à la maladie.

Les orteils sont normaux.

L'articulation tibio-tarsienne a de la raideur dans ses mouvements.

Genoux. — Ils ne sont pas déformés ; il n'y a pas d'hydarthrose.

Tandis que la flexion est normale à droite, elle ne s'accomplit pas totalement à gauche.

Hanches. — Les articulations coxo-fémorales sont normales des deux côtés.

Pas de traces de scrofule ni de rachitisme.

Pas de troubles digestifs ; pas de dilatation de l'estomac.

Urines normales.

Les poumons sont sains.

Les bruits du cœur sont normaux.

Traitement. — Deux bains sulfureux par semaine. Teinture d'iode, 2 gouttes, augmenter tous les jours jusqu'à 10 gouttes.

23 octobre. Amélioration notable. L'enfant n'éprouve plus le matin cette gêne dans les articulations des doigts qu'elle accusait encore à son entrée. Elle marche plus vite et avec moins de raideur.

10 novembre. L'hydarthrose a disparu, pas de douleurs articulaires ni musculaires, si ce n'est quelques élancements rares et passagers dans les mollets.

20 décembre. Les doigts sont un peu plus habiles, quoique le gonflement articulaire n'ait pas diminué. Le poignet droit est ankylosé. Les mouvements de flexion sont complets dans toutes les autres articulations ; l'extension est incomplète partout ; raideur moindre de la nuque.

L'atrophie musculaire n'est pas augmentée aux mains; il y a de l'atrophie des muscles, des mollets, égale des deux côtés. On continue le même traitement.

Observation XXVIII (Louis Guinon).

Thèse de Pelissié, 1889.

Marie A..., âgée de 9 ans, est entrée salle Sainte-Catherine, lit n° 3, le 25 novembre 1887.

Antécédents héréditaires :

Père mort de variole ; n'a jamais eu de rhumatismes, mère bien portante, pas rhumatisante.

Une sœur de la malade est morte dans le courant d'une affection rhumatismale aiguë.

Trois enfants bien portants.

Pas d'autres antécédents notables.

Antécédents personnels :

Nourrie au biberon par une nourrice, a marché tard ; la mère ne peut préciser à quel âge.

A 3 ans, elle aurait eu la variole, mais c'est douteux, car on n'en trouve nulle trace.

A 5 ans et demi, eczéma du cuir chevelu.

Pas d'autres maladies.

Jamais de douleurs articulaires.

L'enfant habite avec la mère un appartement au premier étage qui est très humide, parce qu'à la maison est adossé un lavoir. Les murs suintent, les papiers se détachent, dit la mère, le lit de l'enfant est toujours tout moisi.

Vers la fin de décembre 1886, l'enfant était triste ; son appétit diminua, elle remuait difficilement sans pour cela accuser de douleurs localisées. La mère s'aperçut alors du gonflement des articulations des doigts et des poignets.

La marche n'était nullement gênée.

Quelques jours après, l'enfant se plaignit de douleurs dans le genou et la marche devint difficile.

Enfin, depuis deux mois, la mère a remarqué que les mouvements des bras étaient limités.

Amaigrissement notable depuis quatre mois.

Jamais l'enfant n'a éprouvé de douleurs très aiguës. On lui a fait prendre pendant tout l'hiver de l'huile de foie de morue et du sirop de phosphate de chaux.

Etat actuel. — Enfant amaigrie; aux téguments bruns. L'intelligence est peu développée.

Rien d'anormal dans l'articulation temporo-maxillaire; les mouvements y sont libres et étendus.

Membres supérieurs. — Quelques craquements dans les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius gauches ainsi que dans celles de l'index et de l'annulaire droits.

Augmentation de volume de toutes les extrémités articulaires des premières et deuxièmes phalanges rappelant les nodosités de Bouchard. Craquements légers en ces points.

Ces déformations ne sont pas accompagnées de déviations.

Pas de liquide dans les articulations.

Légère atrophie des muscles des mains des deux côtés.

Poignets. — Très tuméfiés tous les deux; hydarthrose au niveau de l'interligne articulaire plus marquée à droite qu'à gauche. La synoviale fait une saillie au-dessus de l'apophyse styloïde du médius droit.

Pas de saillies osseuses.

Mouvements de flexion intacts.

Mouvements d'extension possibles, mais gênés.

Coudes. — L'extension du coude droit est impossible; il est vrai que l'enfant prétend être tombée sur ce coude qui, cependant, ne présente aucune trace de traumatisme.

La flexion est normale.

Au-devant de l'articulation, on trouve une tuméfaction du volume d'une noisette, mobile, roulant sous les doigts et qui semble, vu le siège qu'elle occupe, être le fait d'une levure de la synoviale.

Les muscles du bras et de l'avant-bras sont peu développés. Dans le coude gauche, l'extension complète ne peut être obtenue bien qu'il n'y ait jamais eu de traumatisme de ce côté.

La flexion est normale.

Epaules. — A droite, craquements articulaires, mouvements possibles, mais un peu de raideur.

Rien à gauche.

Colonne vertébrale. — Ni déformation, ni douleur, ni gêne. Les mouvements de la tête s'effectuent bien.

L'extrémité interne de la clavicule gauche est plus volumineuse que du côté droit.

Membres inférieurs. — Les muscles sont atrophiés. Les orteils ne sont ni déviés, ni déformés; dans le premier et le deuxième orteil gauche, on perçoit des craquements.

De même aussi dans les articulations tibio-tarsiennes qui sont gonflées au-dessus des malléoles surtout du côté gauche.

Les mouvements sont pénibles.

Genoux. — Le gauche est globuleux, augmenté de volume et contient du liquide. L'extension et la flexion sont incomplètes dans les deux. Craquements à droite.

Genou droit mesure 22 cent.

Genou gauche 22 1/2.

Hanche. — Rien à noter.

Marche. — La marche est spéciale. Les deux genoux se touchent et sont à demi fléchis; la jambe droite est dirigée obliquement en dehors; l'épine iliaque gauche est abaissée. Il y a une ensellure lombaire très prononcée. Les membres supérieurs sont collés le long du corps.

C'est dans cette attitude que l'enfant marche en se dandinant.

Le cœur et les poumons sont sains.

Mai 1888. L'enfant a été améliorée par l'huile de foie de morue; l'appétit est meilleur.

La marche est beaucoup moins défectueuse.

Aucune douleur spontanée ni pendant la marche ni au repos. Cependant, l'examen des articulations ne relève pas de modification favorable; toutes les petites jointures (mains, artic. sterno-clavic.) et dans quelques grosses (épaules, poignets, cou-de-pied), il existe un fort épanchement.

Dans toutes, il se manifeste par la dilatation d'un cul-de-sac, d'un prolongement dans lequel on trouve franchement la fluctuation; mais la tension y est plus forte.

L'amaigrissement et l'atrophie sont considérables. Cette coloration brune de la peau que nous avons signalée plus haut s'est éclaircie.

Les têtes osseuses sont très augmentées. En somme, s'il y a disparition des douleurs et amélioration de la marche, l'affection n'a nullement rétrocédé.

Août 1888. Pas de douleurs. L'amélioration persiste en ce qui concerne les mouvements, mais les articulations sont toujours gonflées.

L'enfant mange bien, on lui fait de l'iodure de potassium et de la teinture d'iode.

Elle quitte le service et est envoyée à l'hôpital de Forges. En consultant le bulletin mensuel de santé de Forges au sujet de cette enfant, nous y trouvons ce renseignement à la date du 12 novembre 1888 :

Rhumatisme noueux ; marche pénible.

Déformations articulaires; petite santé générale.

Enfin, le 12 décembre 1888, le bulletin porte :

Déformations digitales, pas de douleurs articulaires, amélioration.

Observation XXIX (P. Wagner).

Munchener Med. Wochenschrift du 20 *mars* 1888.

Berthe B., âgée de 12 ans, est entrée dans mon service à l'hôpital le 16 décembre 1883.

Antécédents héréditaires :

Son père est bien portant, la mère est morte en couches il y a six mois. Quatre frères et sœurs bien portants. On ne trouve pas de traces de rhumatisme dans la famille.

Antécédents personnels :

Cette enfant a eu la rougeole étant plus jeune ; à part cela, elle s'est toujours bien portée et n'a jamais souffert de rhumatisme articulaire aigu.

Vers la fin de 1882, elle avait alors 11 ans, elle tomba malade sans qu'on pût attribuer son état à aucune cause connue.

L'enfant se plaignait de douleurs vives dans les articulations des genoux et en même temps, on vit se développer un léger gonflement dans ces jointures. Peu à peu et successivement, les articulations des épaules, des mains et des hanches se prirent aussi.

Les soins donnés à la malade dans sa famille et par des médecins, n'amenèrent aucun changement dans son état.

Etat actuel. — Jeune fille grande, maigre, de constitution faible.

Température, pouls, respiration, sont normaux.

Rien de spécial à noter du côté de la tête.

Le cou est long et sur le côté droit on trouve des ganglions assez volumineux.

L'examen des organes de la poitrine ne révèle rien d'anormal pour les poumons ni le cœur.

L'abdomen est un peu gros et ballonné, mais non douloureux ; le foie ni la rate ne paraissent pas modifiés dans leur volume.

Les urines sont normales.

Etat des articulations. — Les affections articulaires que nous allons décrire s'étendent aux articulations des deux épaules, des coudes, des mains, des genoux et des pieds.

Elles paraissent toutes plus ou moins enflées, mais c'est surtout les extrémités osseuses qui sont épaissies. Il n'y a pas d'hydarthrose et on ne perçoit pas non plus de craquements.

Dans toutes, les mouvements sont gênés, l'enfant tient ses genoux un peu fléchis; on arrive facilement à l'extension complète, et encore ce n'est qu'au prix de vives douleurs qui sont prononcées lorsque la malade veut marcher.

Les articulations des doigts sont grosses par suite de l'épaississement des phalanges, les articulations métacarpo-phalangiennes des pouces sont dans le même état, ajoutons que sur tous les points malades, la peau a gardé son aspect ordinaire.

Les articulations des coudes et des genoux sont très gonflées, ce qui donne aux membres un aspect fusiforme.

Le traitement va consister en bains, sudation, électrisation et massage; à l'intérieur, on donnera de l'arsenic.

15 janvier 1884. Les mouvements des bras et des mains sont beaucoup plus amples qu'au début; à part cela, les articulations sont restées dans le même état; dans quelques-unes, on perçoit des craquements.

Les muscles des jambes sont très atrophiés; leur excitabilité est normale et les réflexes tendineux sont conservés.

Depuis quelques jours, et pour la première fois, est apparue un peu de raideur dans les deux articulations temporo-maxillaires.

La colonne vertébrale est partout complètement libre.

L'état général de l'enfant est du reste excellent.

21 avril. Amélioration très notable du genou droit et de quelques petites articulations; les mouvements sont beaucoup plus faciles, ils ne réveillent pas de douleurs, mais le gonflement des extrémités osseuses est resté stationnaire.

10 septembre. L'enfant est partie pour Kostritz afin d'être soumise à un traitement par les bains de sable, nous ne connaissons pas encore l'effet de cette cure.

Observation XXX (M. Dally).

Journal de Thérapeutique n° 14, 26 juillet 1877.

F. .., âgé de 16 ans, est né de parents écossais, remarquables par leur vigueur, leur haute taille et leur longévité, sur les bords du lac Ontario (Canada). Sa mère est morte, trois années après sa naissance de phtisie galopante, son grand-père paternel centenaire a été affecté dans les dernières années de sa vie, de

rhumatisme articulaire qui, d'après les renseignements recueillis, pourrait appartenir à la même catégorie que celui que nous allons décrire. L'enfance de Frédéric fut extrêmement chétive sans offrir de maladie déterminée. A 7 ans, il fut atteint d'un « croup » qui paraît avoir été de l'angine striduleuse. Trois mois plus tard, il fut pris brusquement d'une douleur violente au pouce de la main droite : cette douleur qui lui faisait pousser des cris jour et nuit, s'étendait aux petites articulations des pieds et des mains, et quelques jours plus tard, il fut pris au milieu de la nuit, de fièvre et de délire. Les médecins reconnurent que le cœur était atteint et une auscultation minutieuse révéla effectivement un souffle légèrement rugueux au second temps. Ce fait contredit l'opinion de Garrod sur l'absence de lésions cardiaques dans le rhumatisme noueux et confirme les vues de Charcot sur la nature de cette affection. Cependant le malade se rétablit au bout de quelques semaines pendant lesquelles il fut souvent entre la vie et la mort.

Entre temps, des accidents nerveux assez graves se produisirent, notamment des crampes et des contractures de presque tous les muscles. Depuis lors, les articulations continuèrent à se déformer malgré les nombreux traitements subis par le malade, mais les douleurs cessèrent peu à peu pour disparaître complètement. Le jeune malade, après avoir pris l'avis de plusieurs médecins, vint à Paris il y a deux mois et M. le Dr Mac. Gavin voulut bien m'en confier le traitement.

Lors de notre premier examen, le jeune F..., marchait difficilement ; il détachait avec peine le coude du tronc et il étendait fort incomplètement l'avant-bras sur le bras. Cependant il se servait assez volontiers de la main droite qui conservait un certain nombre de mouvements ; la main gauche au contraire, offre un poignet à peu près immobile : les premières phalanges sont luxées en extension, tandis que les secondes sont immobiles dans la flexion forcée.

La main gauche ne servait guère dans ces conditions d'organe de préhension, mais seulement de point d'appui à la droite. L'atrophie musculaire est extrême, quoique aucun muscle ne fasse absolument défaut, aucune articulation n'a échappé au mal, aucune n'offre toute l'étendue de ses mouvements normaux.

Mais ce sont particulièrement les doigts et les orteils qui sont déformés.

La santé générale de l'enfant est assez satisfaisante ; de l'essoufflement, une fatigue qui survient rapidement, un grand

découragement qui coïncide avec une parfaite conscience de l'incurabilité et une intelligence très vive.

Rien à citer au sujet des viscères abdominaux.

Dans ces conditions, nous continuons à soumettre l'enfant à des sudations à l'hydrothérapie, à des mouvements imprimés, à des massages et à des courants continus.

Depuis deux mois, ces divers modes de traitement ont été appliqués avec une intensité croissante sans avoir déterminé jamais aucun accident et en améliorant dans une large mesure la santé générale et les accidents locaux.

Mon jeune malade a recouvré beaucoup de mouvements ; ceux de la colonne vertébrale, ceux des épaules, ceux des poignets et une petite partie de ceux des doigts ; j'ai la conviction que soumis à cette pratique pendant plusieurs mois, il récupérera presque toutes ses facultés locomotrices.

Après chaque séance d'électrisation, je trouvais les membres sensiblement plus souples.

En résumé, rhumatisme noueux chez un enfant de 7 ans, déformations classiques ; traitement combiné par les sudations, les mouvements communiqués, la gymnastique, les courants continus. Etat voisin de la guérison pour les grandes jointures, amélioration sensibles des petites ; résultats obtenus en deux mois de traitement.

Observation XXXI (Prof. Vulpian).

Clinique médicale de l'hôpital de la Charité, 1879, *p.* 57. *Obs. XVI.*

H. Henriette, 16 ans, giletière, entre le 1er février 1877, salle Ste-Madeleine, lit n° 2. Réglée depuis l'âge de 13 ans et demi et toujours d'une façon régulière.

A 5 ans, rougeole, à 7 ans une fièvre cérébrale (?).

Dans son enfance, gourme, *maux d'yeux* et d'oreilles, qui ont duré pendant plus d'un an, en même temps qu'un gonflement ganglionnaire dans le creux sus-claviculaire du côté gauche.

Elle déclare aussi avoir eu des douleurs au niveau des malléoles, mais elles ne l'ont pas empêché de marcher.

Rien à noter du côté de la diathèse rhumatismale ; rien non plus du côté de l'hérédité.

Elle entre à l'hôpital pour des douleurs, avec déformations, existant au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange, à plusieurs doigts. Aujourd'hui, sur ces articulations, au médius et à l'annulaire gauche, ainsi qu'à l'annulaire

et au petit doigt du côté droit, on observe un gonflement très apparent sous forme de fuseau. Les articulations du pouce des deux côtés sont aussi prises, mais n'ont pas la même déformation. En revanche, à tous ses doigts, existe la douleur sourde, avec élancement, si la malade veut les fléchir ou lorsqu'on cherche à les mouvoir dans ce sens, en déterminant des mouvements de flexion et de latéralité, on a la sensation de frottements très nets, surtout dans les pouces, les médius gauche et l'annulaire droit; on sent aussi très bien qu'il y a une tuméfaction assez notable des extrémités articulaires des deux phalanges.

Quand il fait froid, la malade souffre beaucoup et les parties malades deviennent rouges; aujourd'hui elles sont couvertes par de la teinture d'iode, de sorte qu'on ne peut pas voir l'état de la peau, qui, cependant, ne paraît pas participer à l'épaississement des parties molles sous-jacentes.

Le *début de cette affection* a eu lieu en Angleterre en 1875, (*c'est-à-dire vers l'âge de* 14 *ans*, peu après l'établissement de ses règles), la malade avait alors souvent les mains dans l'eau.

Elle a d'abord éprouvé des douleurs vives dans le pouce gauche, puis un ou deux jours après, sans que les douleurs aient disparu, elle a observé de la rougeur et du gonflement.

Bientôt le médius et l'annulaire du même côté devinrent malades, dans les mêmes circonstances. De retour à Paris, au mois de juillet 1876, elle eut les doigts du côté droit, qui se prirent à leur tour, et toujours la douleur précédait la rougeur et le gonflement.

Elle a subi à Londres un traitement pendant cinq mois par les toniques et l'huile de foie de morue.

L'état général de la malade est excellent, elle mange bien, va très bien à la selle, il n'y a pas d'albumine dans son urine.

Rien du côté des poumons, mais la rate est un peu grosse.

L'auscultation dénote un bruit de souffle, dont à la base et dans les vaisseaux du cou; de plus, les battements du cœur sont très forts et précipités; du reste, la malade, malgré sa vigueur apparente, présente la coloration et la finesse de la peau, qui se trouvent souvent chez les jeunes filles anémiques, strumeuses.

Traitement. — On fit des badigeonnages de teinture d'iode, et le traitement interne à l'iodure de fer et à l'huile de foie de morue.

Les articulations ne changèrent cependant pas d'aspect; les craquements s'entendaient toujours très bien et la déformation existait encore quand elle quitta l'hôpital, un mois après son entrée.

Ce cas est encore un exemple de rhumatisme noueux ayant débuté *à 14 ans*, époque de l'établissement des régles (la malade dit néanmoins avoir eu des douleurs au niveau des chevilles, déjà pendant son enfance). Nous retrouvons dans les antécédents la gourme, les maux d'oreilles, mais ce sur quoi nous avons déjà insisté, les maux d'yeux, durant toute une année.

Observation XXXII (Prof. Vulpian).

Clinique de la Charité, page 55.

Le nommé L..., Ferdinand, 16 ans, bijoutier, entre le 18 juin 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit nº 24.

Renseignements : Ce jeune homme fait remonter *le début de son affection à deux ans*, c'est-à-dire à l'âge de 14 ans. Depuis ce temps, il s'aperçoit qu'il ne peut étendre complètement les doigts des deux mains. D'abord légère, cette difficulté d'extension s'est accentuée peu à peu et depuis dix-huit mois, elle est restée telle qu'elle est aujourd'hui.

Il ne fait pas de grands efforts avec ses mains.

Ne se sert pas habituellement d'un marteau, ni d'autres instruments pouvant irriter la paume des mains. Jamais il n'a éprouvé des douleurs articulaires. Les parents n'ont rien remarqué dans son enfance, qui puisse être considéré comme antécédents rhumatismaux.

Il a eu des *convulsions* dans sa première enfance ; il n'a pas eu de chorée.

État actuel. — Les mains présentent une attitude semi-ouverte. Lorsqu'on dit au malade d'étendre ses doigts et de forcer l'extension, tout ce qu'il peut faire, c'est de les mettre dans une direction qui fait environ 45° avec le plan de la face dorsale de la main, au lieu de les mettre sur le prolongement de cette face.

Du reste, les phalanges ne sont pas étendues les unes sur les autres, mais elles présentent une flexion telle que leurs faces palmaires forment une courbe régulière, se continuant avec celle de la face palmaire du carpe. — Cette courbe est encore rendue plus uniforme et unie, par la tension de l'aponévrose palmaire qui efface tous les plis de la peau, et que l'on sent très bien à la palpation.

Elle donne la sensation d'une lame tendue, qui bride fortement les éminences thénar et hypothénar, ainsi que la face palmaire des doigts.

Les autres mouvements de la main ne sont pas entravés, les articulations phalangiennes sont déformées. Les extrémités osseuses sont gonflées, ce qui donne aux doigts un aspect fusiforme. Il n'y a pas de déplacement des surfaces articulaires. Aussi les mouvements se font sans difficultés, et l'on ne perçoit point de craquement. Ces déformations sont de beaucoup antérieures à l'inextensibilité des doigts, notée plus haut. Le malade ne peut se rappeler leur début. Du reste, toutes ces lésions sont parfaitement symétriques aux deux mains et la marche a été la même de part et d'autre. Le cœur est un peu hypertrophié. Ses battements sont forts et l'on entend un bruit de souffle à la pointe; bruit de souffle avec roulement présystolique. Le pouls est régulier et non intermittent. Hier, pour la première fois, il y a eu quelques palpitations très passagères. Poumons sains. Urines normales.

Traitement. — Le malade est resté un mois à l'hôpital. On a pratiqué l'extension modérée des doigts, plusieurs fois renouvelée dans la journée; le soir il faisait une friction sur la face palmaire des mains, avec une pommade à l'iodure de potassium, et il prenait à l'intérieur de l'iodure de potassium (0 gr. 50 à 2 gr.)

Amélioration notable lors de la sortie.

M. le Dr Raymond, dans ses réflexions cliniques, relatives à cette observation, s'exprime ainsi :

Il s'agit donc d'une rétraction évidemment rhumatismale de l'aponévrose palmaire de chacune des mains. Les articulations phalangiennes sont déformées par le rhumatisme chronique; le cœur est atteint d'un rétrécissement mitral; le père de ce jeune homme était rhumatisant. Ce cas n'est pas absolument isolé; mais il est très rare de voir le rhumatisme chronique à cet âge, sous cette forme, et surtout, de trouver l'aponévrose palmaire aussi complètement rétractée; le plus souvent, l'altération porte sur la portion qui accompagne les tendons d'un ou des deux doigts. Dans le cas particulier, le premier médecin consulté pensa à l'existence d'une affection chronique des centres médullaires et pour cette raison adressa le malade à M. le professeur Vulpian, qui reconnut l'erreur.

Observation XXXII (Thèse de M. Lacaze-Doré, 1882).

Communiquée par son collègue Séné et recueillie dans le service de M. Archambault.

Charlotte F..., âgée de 3 ans, entre le 4 octobre 1882, à

l'hôpital des Enfants Malades, pour une coxalgie qui siège du côté gauche.

Bien que cette enfant n'ait pas fait jusqu'ici de maladie sérieuse, elle a toujours été chétive ; sa mère est morte, il y a un an, en donnant le jour à un enfant bien portant. Son père n'a jamais fait de maladie grave. Donc, pas d'antécédents morbides héréditaires ou personnels.

Depuis le mois de janvier 1881, l'enfant accusait dans le genou une douleur dont on rapportait l'origine à une chute; elle a continué à marcher jusque vers le commencement de septembre; mais à cette époque, les douleurs sont devenues assez violentes pour l'empêcher de marcher et nécessiter son admission à l'hôpital. Les douleurs avaient pour siége le genou et la hanche qui était immobilisée et un peu fléchie. Deux appareils inamovibles ont été successivement appliqués depuis le mois d'octobre. La douleur avait diminué. Mais l'enfant ayant contracté la teigne tondante, on la désigne pour passer dans le service des chroniques.

Elle était encore dans le service de chirurgie, lorsqu'elle a contracté, dans le mois de mars, une angine diphthérique qui s'est compliquée de paralysie du voile du palais. Elle était guérie de ces accidents, lorsque dans les derniers jours de mai 1882, elle a été prise subitement par les premières atteintes de sa maladie actuelle.

Tout d'un coup, sans que rien ait pu le faire prévoir, elle a présenté de la contracture des mains : les doigts fléchis sur le métacarpe, les phalanges en extension, le pouce dans l'adduction.

L'articulation de la hanche est restée très douloureuse, et on peut attribuer à cette douleur l'immobilisation de tout le membre qui a fait croire dès les premiers jours à de la contracture des extrémités inférieures. Il nous paraît douteux que ce phénomène ait existé en raison même de sa disparition rapide. La contracture étant le phénomène prédominant, on a porté la diagnostic : tétanie. Mais il survint rapidement un gonflement des doigts et des mains si considérable, et il se produisit des déformations telles, que ce diagnostic dut être abandonné.

Rien n'avait pu faire prévoir la venue de cette affection : l'enfant couchée depuis de longs mois dans une salle d'hôpital n'avait pas depuis longtemps subi de causes de refroidissement.

Après un mois d'expectation, la fillette est envoyée dans la salle Sainte-Geneviève, n° 14, service de M. Archambault, où nous la voyons pour la première fois, le 2 juillet 1882.

Le maître a porté le diagnostic : rhumatisme noueux, sans se prononcer sur la nature de la lésion de la hanche.

La coxalgie gauche a, nous l'avons dit, débuté vers les premiers jours de janvier 1881, c'est-à-dire un an et demi avant la lésion des mains. Elle est accusée aujourd'hui par tous les signes classiques : rotation de la cuisse, contracture des muscles pelvitrochantériens, immobilité de l'articulation, etc. Il ne nous paraît pas possible de dire la nature de l'arthrite. L'absence d'œdème et de gonflement périarticulaire, autorisent cependant à dire qu'elle n'est pas suppurée.

Les pieds qui, au début, auraient été contracturés, sont actuellement indemnes. Les autres articulations sont également normales : les poignets et les mains sont seuls lésés. L'affection est absolument symétrique.

L'enfant souffre beaucoup de ses mains, aussi appréhende-t-elle le moindre contact; elle pousse des cris, dès qu'on veut la toucher, et tient continuellement ses membres supérieurs dans une position telle que les mains ne reposent jamais sur le lit. Les avant-bras sont fléchis sur les bras et en pronation, les mains fléchies et déjetées vers le bord cubital.

Les mains sont fléchies presque à angle droit. Le dos de l'articulation du poignet, les mains et les doigts, sont le siège d'un œdème blanc, rosé par places, assez considérable, gardant l'empreinte du doigt, et moins prononcé à la face palmaire.

Les quatre derniers doigts sont remarquables par leurs déformations : la phalange est légèrement fléchie sur le métacarpe, la phalangine étendue sur la première phalange et la phalangette fléchie sur la phalangine; ces doigts ont de plus subi une déviation en masse telle, que leur axe est porté vers le bord radial de la main avec une légère tendance à l'imbrication. A part cette déviation latérale, les doigts reproduisent le second type de déformation du rhumatisme noueux des vieillards, type décrit par M. Charcot.

Les phalanges des pouces ne sont pas fléchies; mais ce doigt est dans une adduction forcée. Les autres doigts déviés en sens inverse le recouvrent complètement.

La première phalange des quatre derniers doigts est, avons-nous dit, fléchie, la seconde étendue, la troisième fléchie de telle sorte que les extrémités correspondantes de la phalange et de la phalangine forment une notable saillie vers la face palmaire, tandis que les extrémités adjacentes de la phalangette et de la phalangine forment une saillie dorsale. Au niveau de ces saillies,

les extrémités phalangiennes semblent légèrement élargies, ce qui tient à l'existence d'un œdème, avec rougeur très prononcé à ce niveau. La pression est très douloureuse au niveau des points culminants des nodosités articulaires.

15 juillet. — L'enfant prend depuis une huitaine de jours, deux puis trois grammes de salicylate de soude; le médicament diminué très notablement la douleur; l'œdème a diminué aussi; les muscles paraissent moins rigides, mais les déformations ne sont nullement modifiées. Les mains sont constamment enveloppées dans de l'ouate et enduites de baume tranquille.

Le cœur ne présente aucune altération dans son rythme : les bruits du cœur sont normaux.

Aucune altération des autres fonctions.

Observation XXXIII (Lacaze-Doré).

Recueillie dans le service de M. le Dr Jules Simon.

Marie Ritter, âgée de 13 ans et demi, est entrée le 25 mai 1881, à la salle Sainte-Geneviève, n° 28, service de M. Archambault. Depuis le mois d'avril, elle se plaignait de douleurs vagues dans les jointures, surtout dans les mains, douleurs passagères mais de plus en plus fréquentes, et d'une fatigue générale. La marche était quelquefois pénible, et il lui arrivait parfois de ne pouvoir écrire ni coudre. Elle était déjà depuis trois ans dans un orphelinat à Neuilly, et là, n'avait cessé de coucher dans un dortoir humide au point que l'hiver on voyait la vapeur d'eau condensée ruisseler le long des murs. De plus, elle portait souvent des fardeaux lourds, pour son âge, et avait parfois à tordre du linge humide. Dans les premiers jours de mai, les douleurs se sont localisées dans le poignet gauche qui est devenu le siège d'un gonflement assez notable, sans changement de coloration de la peau, sans mouvement fébrile intense. Un médecin appelé croit à une entorse et prescrit des frictions avec du baume opodeldoch, puis quelques jours plus tard, des bains sulfureux. Le poignet droit se prend à son tour, puis, les articulations du cou-de-pied se tuméfient et deviennent douloureuses; la malade est obligée de garder le lit. Dans cet état, elle est transportée aux Enfants Malades.

M. Archambault examine la malade, et dit à ses élèves : voilà un rhumatisme qui durera longtemps. Il prescrit des badigeonnages de teinture d'iode sur les poignets et sur les pieds, et à

l'intérieur le salicylate de soude. Mais bientôt, les articulations phalangiennes des mains sont envahies à leur tour, les doigts se fléchissent, plus tard les articulations médio-tarsiennes sont douloureuses, enfin en dernier lieu, les articulations des vertèbres dorsales supérieures. Les orteils n'ont jamais été douloureux. Au niveau des articulations atteintes, on n'a jamais constaté de rougeur de la peau. Ces articulations étaient immobilisées par la douleur et la contracture musculaire : les mouvements communiqués étaient très douloureux. Hypotrophie rapide des muscles de l'avant-bras et de la jambe. En présence de ces phénomènes. M. Archambault suspend le salicylate de soude et prescrit la teinture d'iode à l'intérieur et les bains d'arséniate de soude, mais sans bénéfice aucun pour la malade qui passe le 2 juillet dans le service de M. Jules Simon, salle Saint-Marie n° 1 (salle des Chroniques).

Au moment de son entrée, l'enfant était obligée de garder le lit. Les jointures douloureuses ont été frictionnées avec du baume tranquille, puis M. Gingeot qui suppléait M. Jules Simon a donné à l'intérieur l'iodure de potassium, sans amélioration sensible. Au contraire, les déviations des doigts et des poignets tendaient à s'accentuer au point que des appareils silicatés, pouvant se lacer sur le dos de la main et de l'avant-bras, avaient été mis en place pour empêcher la flexion des poignets de s'exagérer.

Au mois de septembre, une exacerbation des phénomènes douloureux se produit. On donne le salicylate de soude.

M. Jules Simon reprend le service le 1er octobre. A ce moment, les douleurs sont continues avec exacerbations surtout la nuit et au niveau des articulations des pieds : les variations de la température, l'humidité de l'air les exagèrent. Les muscles des avant-bras et des jambes sont rétractés. Ils ne sont pas sensibles à la pression et ne sont pas le siège de crampes. Aucune articulation nouvelle n'est atteinte.

Le cœur et le péricarde sont sains, faits déjà notés par M. Archambault pendant le séjour de la malade dans son service.

M. Simon, outre les frictions avec du baume tranquille sur les jointures malades qui sont entourées d'ouate, prescrit à l'intérieur la teinture de colchique, qui a été administrée à dose progressivement croissante puis décroissante pendant 15 jours : ce traitement est cessé pendant 15 jours, pour être repris de la même manière : la malade prend le médicament tous les mois pendant quinze jours. Les doses ont été de cinq à douze gouttes.

L'enfant a été en outre soumise à un traitement tonique dont l'huite de foie de morue, le sirop d'iodure de fer et le vin de quinquina ont formé la base.

Dans le courant de décembre, elle commence à trouver que les mouvements des pieds sont plus faciles, elle peut faire quelques pas dans la salle, quoique avec peine. Les douleurs ont diminué notablement : la rétraction des fléchisseurs des doigts semble diminuer et avec elle la flexion des phalanges.

Au mois de janvier 1882, je vois la malade pour la première fois. Cette enfant dont l'intelligence est très développée a pu me donner les renseignements qui suivent : j'ai pu en vérifier l'exactitude.

Sa mère est morte, il y a quatre ans, d'un cancer de l'estomac ; son père n'est pas rhumatismant ; il exerce la profession de cocher ; c'est un alcoolique. Ses frères ou sœurs, au nombre de sept, se portent tous bien. D'une santé toujours délicate, elle a eu la rougeole étant toute jeune ; depuis, elle n'a pas fait d'autre maladie grave ; mais elle a été pendant longtemps sujette à des *ophtalmies* qui se caractérisaient par de la rougeur des conjonctives avec une photophobie très prononcée. Je n'ai pas pu retrouver la moindre trace d'affection oculaire superficielle ou profonde.

Bien que son état général se soit notablement amélioré depuis trois mois, son teint est encore pâle ; elle éprouve une faiblesse générale ; et on constate chez elle un état anémique que contribuent à entretenir les sueurs abondantes qui surviennent tous les jours.

Du côté des articulations malades nous avons constaté, surtout au niveau des mains, une coloration violacée des téguments. La peau paraît un peu épaissie ; elle est lisse, luisante, un peu tendue. Il n'y a pas d'œdème sous jacent. Les articulations atteintes ne renferment pas de liquide épanché. Les lésions que nous allons décrire sont parfaitement symétriques. Aux doigts, les articulations des phalanges avec les phalangines sont seules atteintes, et les lésions prédominent dans les articulations du médius et de l'annulaire. La tête de la phalange est augmentée de volume : il en résulte que l'extrémité du doigt paraît effilée. Les articulations métacarpo-phalangiennes sont saines ; elles sont dans l'extension. Celles de la phalange avec la phalangine au contraire sont dans la demi-flexion. La flexion peut être complétée, mais l'extension n'est pas possible. La troisième est en extension sur la seconde, ses mouvements sont

libres. Lorsqu'on cherche à produire l'extension de la seconde phalange sur la première, on sent à la face palmaire le tendon fléchisseur qui se tend et devient saillant. Ces déformations des mains sont analogues à celles du second type décrit par M. le professeur Charcot.

La main est fléchie sur l'avant-bras, et cette situation tend à exagérer la saillie formée à la face dorsale du poignet par les os du carpe manifestement tuméfiés. Lorsqu'on cherche à communiquer des mouvements dans les poignets, on provoque des craquements produits par la rupture des adhérences dues à l'ankylose celluleuse. On ne cause ainsi que très peu de douleur.

Les autres articulations du membre supérieur sont libres. Celles du pouce sont restées intactes.

Il existe au niveau de l'éminence hypothénar une dépression au lieu de la saillie arrondie normale. Une dépression analogue existe à la face dorsale des deux mains au niveau du quatrième espace intermétacarpien, indice de l'atrophie des inter-osseux.

Les muscles de l'avant-bras sont dimnués de volume, surtout les extenseurs. Tous se contractent à des degrés divers soit spontanément, soit sous l'influence des courants induits.

Des articulations des membres inférieurs, les tibio-tarsiennes et médio-tarsiennes seules ont été intéressées. Rien du côté des orteils, des genoux, de la hanche, dont tous les mouvements s'accomplissent sans douleur, sans être accompagnés de craquements. L'articulation du cou-de-pied est même mobile, les mouvements de flexion et d'extension du pied sont seulement un peu bornés.

Les pieds sont plats. Le bord interne est abaissé, la voûte plantaire affaissée. Bien que les muscles du mollet soient atrophiés, l'impotence du long péronier latéral ne nous paraît pas ici être seule en cause : il existe en effet un gonflement notable des os du tarse et les mouvements de rotation de l'avant-pied sur l'arrière-pied sont douloureux et accompagnés de craquements. L'articulation médio-tarsienne est donc malade et les lésions vont jusqu'à l'ankylose celluleuse.

Enfin la région dorsale et la colonne vertébrale est un peu douloureuse spontanément dans sa moitié supérieure. La courbure normale antéro-postérieure est un peu exagérée. La malade se plaint en outre d'une douleur peu prononcée au-dessous de l'angle de l'omoplate droite. Elle se tient un peu courbée en avant pendant la marche. La tête se meut librement.

Les bruits du cœur sont normaux.

Respiration normale.

Fonctions digestives nullement troublées ; appétit plutôt exagéré.

Urines peu abondantes, claires ; mais sueurs abondantes surtout au niveau des mains et des pieds. Pas d'albuminurie.

Pendant les mois de janvier et février, l'enfant n'a pas de paroxysmes douloureux véritables, mais elle se plaint parfois de douleurs surtout prononcées la nuit au niveau des articulations malades. Elle ne cesse de se lever et de marcher tous les jours. Le traitement employé est toujours celui prescrit en octobre par M. le Dr Jules Simon. De plus, tous les deux ou trois jours, des mouvements imprimés avec précaution aux articulations des doigts et des poignets amènent la rupture de quelques adhérences sans provoquer de bien grandes douleurs. Enfin l'enfant se suspend, par les mains à une barre fixe de façon à supporter le poids de son corps et à imprimer quelques mouvements à ses articulations.

Le 22 avril 1882 les règles apparaissent pour la première fois; elles ne sont revenues que le 6 juin; et enfin le 3 juillet; elles sont suffisamment abondantes. Une amélioration notable s'est produit depuis leur apparition.

Ajoutons que depuis le mois d'avril la malade prend tous les deux jours un bain sulfureux à la température de 30° environ et dont la durée n'excède pas un quart d'heure. Enfin depuis la fin de juin des courants continus sont appliqués pendant dix minutes environ au niveau des muscles atrophiés.

Le 16 juillet 1882, nous constatons une amélioration notable et dans l'état général et dans l'état local. La malade est encore pâle et anémique; sa peau est dans un état de moiteur presque constante; mais les forces musculaires augmentent; la marche devient tous les jours plus facile; elle peut coudre et écrire; mais à la longue, elle éprouve de la fatigue dans le poignet droit.

Les mouvements des doigts sont plus faciles, mais les fléchisseurs du médius et de l'annulaire rétractés ne permettent pas encore l'extension complète de ces deux doigts. L'index et le petit doigt peuvent être étendus complètement.

Les mouvements sont revenus en partie dans les poignets; l'axe de la main est dans le prolongement de l'axe de l'avant-bras. L'extension ne peut dépasser cette limite; mais la flexion est possible. Lorsqu'on cherche à exagérer les mouvements, on détermine la rupture d'adhérences celluleuses, mais sans pro-

voquer aucune douleur. L'électricité n'est employée que depuis dix jours; les muscles sont électrisés directement au moyen de courants continus. On ne peut guère juger de l'action de l'électricité sur l'atrophie musculaire; mais la malade dit que depuis ce moment sa force est un peu augmentée.

Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne ont recouvré presque en entier leurs limites physiologiques. Ceux de l'articulation médio-tarsienne restent beaucoup plus limités. On produit encore en les exagérant la rupture de quelques adhérences celluleuses et on provoque aussi quelques douleurs.

Depuis le mois de janvier nous avons ausculté le cœur à plusieurs reprises et jamais il ne nous a présenté la moindre altération dans le rythme de ses battements. Les bruits ont leur timbre normal; pas de bruit morbide surajouté. Les fonctions digestives continuent à s'accomplir normalement. Le sommeil n'est plus troublé par des douleurs. L'amélioration s'accentue de jour en jour. Les urines examinées de nouveau le 13 juillet ne renferment pas d'albumine, les urates n'y sont pas contenus en quantité exagérée.

Observation XXV

Publiée par le Dr Stoïcesco (*Progrès médical*, 15 *avril* 1876, p. 287).

« Marie-Lucie M...., âgée de 6 ans et demi, est reçue le 26 février 1874, à la salle Sainte-Catherine, n° 32, service de M. le Dr Bouchut. Sa maladie a débuté il y a plus de deux ans; pendant le siège, se trouvant à Bruxelles, elle coucha plusieurs mois dans un sous-sol très humide; de retour à Paris, trois ou quatre mois après, l'enfant est prise dans les deux genoux à la fois des douleurs soit spontanées, soit provoquées, tantôt nocurnes au milieu du sommeil, tantôt diurnes pendant les marches, douleurs tellement intolérables qu'elle était obligée de s'arrêter. Sa mère prétend que pendant ces poussées, ses genoux étaient un peu enflés, mais que les téguments gardaient leur coloration normale. Deux mois après l'apparition des premiers symptômes, les articulations phalangiennes, métacarpo-phalangiennes, et celles des poignets, se sont prises à leur tour; en outre, de temps à autre, quelques douleurs, sous forme de crampe, se faisaient ressentir le long des cuisses et des bras. Peu de temps après, les articulations des vertèbres cervicales sont le siège de douleurs d'une violence telle que l'enfant tenait la tête immobile, ne pou-

vant la remuer ni d'un côté ni de l'autre. Il semblait que l'humidité exaspérait les douleurs. La maladie eut une période de rémission ; l'enfant, grâce aux soins donnés par M. le Dr Letellier, de Grenelle (sirop anti-scorbutique, sirop d'iodure de fer, teinture d'iode en badigeonnage sur les jointures malades), se trouva mieux jusqu'au mois de novembre 1873 ; à cette époque, elle est reprise de douleurs dans les genoux, qui rendent la marche difficile et pénible. Au commencement de janvier 1874, sa mère remarque que les poignets et les jointures des doigts perdent leur forme.

« Quinze jours avant son entrée dans le service, les deux hanches et les articulations cervicales se sont tuméfiées. La marche est complètement impossible, l'enfant est obligée de garder le lit.

« X... a eu la rougeole à 10 ans et demi ; elle s'est très bien passée sans accidents. Pas de scarlatine. Aucune autre maladie antérieure. Depuis sa maladie, elle est devenue très pâle et très amaigrie, l'appétit a considérablement diminué. L'enfant transpire à peine, les urines sont claires et abondantes. A toujours été bien nourrie. A un frère qui se porte bien. Le père a 33 ans ; la mère en a 32. L'un et l'autre sont très bien portants, indemnes d'antécédents, soit rhumatismaux, soit cutanés, ne sont atteints ni d'affectiou cardiaque, ni de migraine. Sa mère a toujours été très bien réglée.

« L'enfant de taille moyenne le jour de son entrée, présentait un teint chlorotique ; la figure paraissait bouffie. L'inspection des jointures malades ne laissait apercevoir aucun changement dans la coloration des téguments, aucune trace de desquamation ; point d'œdème périarticulaire.

« Voici l'ordre des articulations malades : les deux genoux, volumineux, donnent un contraste frappant avec la maigreur des cuisses et des jambes (la circonférence du genou gauche mesure 26 centimètres et demi, celle du genou droit 26 seulement). Pas d'hydarthrose. Les extrémités osseuses des fémurs et des tibias notablement augmentées de volume. Les mouvements imprimés sont indolents et dans leur limite normale. Au contraire, ceux qu'on imprime dans la hanche droite sont très limités et douloureux, pourtant aucune déformation appréciable à la vue. Les secousses brusques sur la pointe du pied, ayant pour but d'approcher la tête fémorale de la cavité cotyloïde, paraissent un peu douloureuses, mais nous sommes disposés à croire que la peur y contribuait pour beaucoup.

« Aux membres supérieurs, la maladie était limitée aux poignets et aux articulations des doigts. Les deux poignets, considérablement augmentés de volume, en forme de talon de fourchette, simulaient avec beaucoup de ressemblance la déformation caractéristique des fractures du radius à son extrémité inférieure (le poignet droit mesurant en circonférence 14 centimètres, le gauche 14 et demi). Les mouvements étaient peu libres et passablement douloureux.

« La face dorsale des mains formait une sorte de courbe à concavité postérieure ; les articulations métacarpo-phalangiennes, celles des phalanges avec les phalangines, et de celles-ci avec les phalangettes étaient tuméfiées. Les phalanges unguéales en flexion sur les secondes phalanges. Les parties molles des deux mains amaigries.

« De ce que nous venons de voir, nous pouvons rattacher ces difformités des mains à la première variété du premier type, décrite par M. le professeur Charcot, dans ses leçons sur les maladies des vieillards.

« Le cou élargi à sa partie postérieure, la tête inclinée en avant et légèrement fléchie sur le sternum exécute des mouvements fort bornés et douloureux, mais sans craquements. Faut-il ajouter qu'il n'y avait pas de trace de rachitisme ? Point de chapelet, au niveau des articulations chondro-sternales, point de difformités rachitiques dans la longueur des membres ? Le sérum du sang, obtenu par un vésicatoire appliqué sur la région épigastrique, et examiné par le procédé du fil, n'a pas donné d'acide urique. Rien du côté des poumons.

« Le cœur, examiné et observé plusieurs fois avec un très grand soin, ne nous a jamais offert de modifications dans le rythme de ses battements, non plus que dans le timbre de ses bruits ;

« Les fonctions digestives se font bien.

« L'enfant transpire très peu et urine abondamment ; les urines de temps en temps sont chargées d'urates.

« Immédiatement après son entrée, X... fut soumise à un traitement énergique ; tout l'arsenal médical fut employé sans aucun succès ; le régime tonique, l'huile de foie de morue, les médicaments les plus vantés, depuis la teinture d'iode administrée à l'intérieur jusqu'à la propytamine, sont restés sans aucun effet.

« L'enfant, condamnée à rester dans son lit, séjourne à l'hôpital six mois environ, souffrant de temps à autre, soit dans les

jointures atteintes, soit le long des cuisses et des bras. — Ses parents l'emmènent chez eux dans le même état qu'à son entrée. »

M. Lacaze-Doré a complété dans sa thèse cette observation dont voici les notes complémentaires :

« L'enfant, dont M. Stoïcesco rapporte l'observation, n'a pas quitté à ce moment l'hôpital des Enfants-malades ; elle est passée de la salle Sainte-Catherine à la salle Sainte-Marie, où elle a occupé le lit n° 33.

Là, elle a été observée jusqu'à la fin de 1874, par M. le Dr Archambault, et depuis le commencement de 1875, par M. le Dr Jules Simon, qui a suivi l'évolution de la maladie jusqu'au mois d'avril 1877, époque à laquelle l'enfant a pu être envoyée à l'hôpital de Forges.

Nous avons pu retrouver la feuille d'inscription sur laquelle M. le Dr Simon lui-même a consigné quelques notes sur la malade. M. le Dr Doumenges, médecin de l'établissement, y a même noté l'état de l'enfant de trimestre en trimestre jusqu'au 22 juin 1880.

Nous avons enfin pu nous-même nous assurer le 6 juillet 1882 de l'état actuel de l'enfant placée dans une maison de convalescence à Champigny.

La maladie ayant débuté vers la fin de 1871, c'est donc pendant une période de onze ans que nous aurons suivi l'évolution de sa maladie.

Voici d'abord les observations de M. J. Simon sur la feuille d'inscription pour Forges. Elles sont datées du 27 mars 1877.

« Rhumatisme noueux, datant de plusieurs années et siégeant plus spécialement aux articulations des mains, du coude-pied et du genou, avec raideur de la hanche.

« Traitée par les toniques ordinaires (huile de foie de morue, vin de quinquina) et la teinture de colchique à la dose de dix à vingt gouttes par jour. Ce dernier médicament donné à différentes reprises a paru la bien soulager. Il sera peut-être bon d'y revenir si les articulations redeviennent tuméfiées et douloureuses. »

M. le Dr Jules Simon nous a donné de vive voix les renseignements suivants :

Dans le courant de 1875 et de 1876 la maladie a présenté des exacerbations. Cependant sous l'influence du traitement, les phénomènes douloureux se sont amendés suffisamment pour permettre à la malade de se lever et de marcher. Pendant tout ce temps il n'est pas survenu de complication cardiaque.

Nous recopions textuellement les détails fournis par M. le Dr Doumenges, pendant le séjour de l'enfant à Forges.

2e trimestre 1877. — Les articulations sont moins douloureuses, la marche est plus facile, l'état général est bon.

3e trimestre 1877. — Son état n'est pas sensiblement modifié.

4e trimestre 1877. — Douleurs très aiguës calmées par l'emploi du salicylate de soude; trois grammes par jour.

2e trimestre 1878. — Longs intervalles sans douleurs. De temps en temps quelques accès douloureux, rapidement modifiés par l'emploi du salicylate de soude.

3e trimestre 1878. — Depuis longtemps il n'y a pas eu d'accès de douleurs.

4e trimestre 1878. — Son état s'améliore; elle n'a plus de douleurs et marche un peu, sans béquilles.

1er trimestre 1879. — Depuis son traitement par le salicylate de soude, il n'y a plus eu de grands accès douloureux et les articulations déformées, et en particulier celles des doigts, reviennent en partie à leur forme normale. — Etat général meilleur.

2e trimestre 1879. — L'amélioration se poursuit, l'enfant marche sans béquilles.

1er trimestre 1880. — Depuis très longtemps il n'y a pas eu de douleurs, les doigts déformés par le rhumatisme reprennent leur forme normale.

2e trimestre 1880. — L'état de cette enfant est bon; elle peut rentrer dans sa famille.

Le 22 juin 1880, M. J. Simon la revoit et note :

« Le gonflement des doigts a disparu. Les mouvements sont libres. Etat général assez bon. »

Voici maintenant les détails que nous avons pu constater nous-mêmes ou qui nous ont été fournis par la mère de l'enfant (6 juillet 1882).

Le père est mort il y a deux ans après avoir présenté des signes non douteux de tuberculose pulmonaire. Il avait contracté trois ans auparavant une pleurésie à la suite de laquelle la maladie des poumons a évolué.

La mère elle-même restée bien portante, jusque il y a deux ans, est devenue tuberculeuse et présente des cavernes au sommet des deux poumons.

Le frère et la sœur se portent bien en apparence, mais ils sont peu développés pour leur âge.

Marie-Lucie Moreau, âgée maintenant de 14 ans 1/2, n'a pas eu de nouveaux accès douloureux depuis sa sortie de Forges. Sa taille est au-dessous de la moyenne ; ses membres sont grêles ; ses forces musculaires peu développées ; son teint est pâle.

Elle n'est pas encore réglée. Les fonctions digestives se font bien ; l'intelligence est bien développée. Nous avons pu constater en outre l'intégrité du cœur et des poumons.

Ses articulations ont recouvré tous leurs mouvements et c'est à peine si aux doigts une tuméfaction légère des têtes des premières phalanges rappelle les nodosités dont elles ont été le siége. La peau des mains est flasque, un peu ridée. L'extension des doigts est complète et peut même s'exagérer au point que la face dorsale des doigts décrit une légère courbe à concavité postérieure ; au niveau du corps et de chaque côté on trouve à la face dorsale une tuméfaction légère, dure, non douloureuse.

Les autres articulations des membres ne nous out présenté rien de particulier à noter, si ce n'est comme pour celles des doigts, une certaine laxité des ligaments qui permettent l'exagération des mouvements normaux.

C'est là probablement la cause qui a produit chez cette enfant une exagération des courbures normales de la colonne vertébrale. Ensellure lombaire très prononcée ; partie supérieure de la région dorsale très saillante en arrière. Par suite de la courbure à concavité postérieure de la région cervicale, la tête est un peu fléchie ; la fossette de la nuque moins profonde qu'à l'état normal. Mais tous les mouvements de la tête sur la colonne vertébrale sont possibles.

Comme conséquence de cette laxité postérieure nous avons constaté que l'enfant a une démarche toute spéciale et caractérisée par un balancement latéral très prononcé.

Les mouvements communiqués aux diverses articulations n'y produisent aucun craquement.

Depuis le retour de cette enfant de Forges, la guérison s'est donc maintenue. Comme elle se trouve actuellement dans des conditions hygiéniques relativement bonnes, on peut espérer que la maladie ne récidivera pas.

OBSERVATION XXXIV (Descroizilles).

(*C. Eloy, Du rhumatisme noueux infantile. Union médicale*, *n°* 173, 8 *décembre* 1883.)

Garçon, 8 ans 1/2, entre dans le service de M. Descroizilles, à l'hôpital des Enfants-malades, avec des altérations et des troubles fonctionnels articulaires des mains, des poignets et des coudes; des orteils, du cou-de-pied et du genou, arthropathies symétriques, déformantes et polyarticulaires des plus nettes.

A son entrée, bien que la maladie ait pris *depuis longtemps* domicile sur ces nombreuses jointures, la peau, qui les recouvre possède une coloration et une température normales. Ce malade n'a pas de fièvre, mais il est *pâle* et son état général souffreteux. Récemment encore, il n'en était pas ainsi, et M. Descroizilles a été témoin d'un paroxysme douloureux, dont il a combattu activement la poussée subaiguë par le salicylate de soude.

On manque, il est vrai, de renseignements sur les antécédents héréditaires de cet enfant; mais on sait qu'orphelin il a été victime de *persistantes privations* et *dépourvu de soins hygiéniques*. De plus, sur les os de la cage thoracique, sur le squelette de la jambe et du bras, il existe des innervations rachitiques; enfin, naguère encore, il était atteint d'une *ophthalmie scrofuleuse*.

En fait, à défaut des aveux du malade et des déclarations de ses nourriciers, ces indices commémoratifs révèlent bien que le terrain d'évolution de ces artropathies est celui d'une *débilité générale acquise ou congénitale*.

Réduit à garder le lit au moment de son admission dans le service de M. Descroizilles, il éprouvait de *l'endolorissement et de la gêne dans les jointures*. Depuis, si les douleurs et les désordres articulaires se sont atténués, les déviations, les déformations, les troubles fonctionnels, la motilité n'en persistent pas moins, de sorte qu'aujourd'hui ces arthropathies possèdent encore leurs allures cliniques des premiers jours.

Ces déviations sont les suivantes: à l'exception du pouce, dont les segments conservent leur direction, les doigts ont pris la forme d'un Z. Combinée avec les déviations du métacarpe et du carpe, cette attitude donne l'aspect d'une sorte de griffe aux deux mains, dont le bord cubital est dans l'inclinaison en dedans et la face palmaire en légère flexion sur l'avant-bras. Les poignets et les coudes sont gonflés et leurs jointures semblent rouillées.

Aux membres inférieurs on observe des déviations aussi manifestes, quoique moins prononcées sur les divers segments intermédiaires aux articulations du pied, du cou-de-pied et du genou; le gros orteil a perdu sa forme et sa direction.

Mais l'aspect physique des régions malades n'est pas seulement modifié par ces déviations, elles sont aussi le siège de déformations des extrémités osseuses contiguës. Ces bosselures, dures et résistantes à la pression, ne s'accompagnent pas de rougeur de la peau. Ce sont des nouures multiarticulaires, apparentes surtout à la main et au pied, c'est-à-dire sur *les petites articulations* bilatérales d'ailleurs et nettement symétriques sur chaque segment homologue des membres supérieurs ou inférieurs. Il existe de la rétraction des tissus fibreux périarticulaires et des aponévroses, lésions qui, avec les déformations osseuses, contribuent à produire les déviations et les troubles de la motilité. De là ces craquements qui accompagnent tous les mouvements provoqués; de là des troubles fonctionnels, la gêne de la marche, par exemple, ou bien de la préhension.

Quand le petit vient se déplacer, il soulève à peine les membres inférieurs. Il y a une grande raideur dans les genoux, les hanches, et le cou-de-pied. Ne pouvant ni fléchir, ni étendre ces articulations, selon l'expression de Trousseau, il marche à la façon des canards. Essaye-t-il de porter la main vers la bouche, il éprouve les mêmes difficultés à mouvoir le coude ou le poignet. Enfin, autre cause d'impotence fonctionnelle et témoiguage de l'origine relativement ancienne de la maladie, les muscles ont perdu de leur volume et de leur contractibilité.

Voici, en résumé, le signalement clinique actuel de cette affection : arthrites chroniques multi-articulaires, noueuses et symétriques à évolution progressive et à *poussées paroxystiques sub-aiguës*, existant chez un garçon dans la deuxième enfance, avec tous les attributs de la débilité constitutionnelle acquise ou bien congénitale.

Ces conditions symptomatiques, à l'âge près, sont bien celles du rhumatisme articulaire chronique progressif, des adultes ou des vieillards, c'est-à-dire des nodosités des jointures de Haygarth, de l'arthrite rhumatoïde de Garrod, plus connu, mieux désigné, et surtout, soigneusement étudié par les cliniciens français sous le nom de rhumatisme noueux.

OBSERVATION XXXV (Ed. Henoch).

Leçons sur les maladies des enfants, Berlin 1887.

Garçon, 14 ans, présenté le 30 décembre 1864, à la polyclinique, accuse depuis six ans des douleurs dans les mains et dans les pieds. Il prétend ne jamais avoir souffert de rhumatisme aigu. A la main gauche, ankylose presque complète, et des gonflements noueux des jointures entre les phalangettes et les phalangines du pouce, de l'index, du médius et de l'annulaire. Gonflement et sensibilité douloureuse de quelques métacarpiens. Au pied gauche, des altérations semblables des jointures de l'orteil et du quatrième doigt.

Le malade accuse des *palpitations* et de la dyspnée ; mais l'auscultation ne révèle rien d'anormal.

La marche ultérieure de la maladie est restée inconnue à l'auteur.

OBSERVATION XXXVI (Ed. Henoch).

Jeune fille russe, de 13 ans, que l'auteur a vue une seule fois à sa consultation, déformations caractéristiques aux mains et aux pieds.

OBSERVATION XXXVII (Professeur Sergiu, de Bukarest).
« *Spitalul* » 1886, nº 1, page 6 (Voir pl. III).

Safta Jona, âgée de 9 ans, arrive de la campagne le 27 novembre 1886 et entre à l'hôpital des Enfants-Malades de Bukarest, dans le service de M. le professeur Sergiu, pour des difformités articulaires généralisées, qui l'empêchent complètement de marcher et même de se tenir debout.

Le début de sa maladie remonterait à l'automne de l'année 1882, quand, à la suite d'une marche très fatigante, elle fut prise dans tout le côté droit, et surtout dans le genou et dans le coude, de douleurs continuelles, sans tuméfaction ni rougeurs articulaires. Quelques jours après, les jointures correspondantes du côté gauche se prirent à leur tour et la petite malade se vit forcée de garder le lit pendant trois mois consécutifs.

Au mois de mars suivant, recrudescence avec gonflements articulaires, s'étendant cette fois aux petites jointures des mains et des pieds.

Elle eut ensuite pendant quatre ans, des poussées de plus en

plus rapprochées, caractérisées par des douleurs, des tuméfactions et des déformations s'accusant progressivement.

Elle arrive avec une généralisation presque complète du mal :

Les articulations des épaules, des coudes, des poignets, de tous les doigts, de même que celles des orteils, des cous-de-pied, des genoux et des hanches, sont augmentées de volume, ankylosées dans la demi-flexion, douloureuses et le siège de craquements.

Par la palpation on perçoit à leur niveau une sorte de crépitement neigeux, dû à l'infiltration hyperplasique des tissus périarticulaires.

Les articulations chondro-costales, vertébrales et sterno-claviculaires, sont en partie atteintes, et cette dernière est particulièrement tuméfiée du côté droit.

Les mouvements sont très limités et augmentent les douleurs, qui sont, d'ailleurs, persistantes et plus accusées le soir.

Le long des membres, la musculature est considérablement atrophiée et les gonflements articulaires forment ainsi un contraste hideux.

La sensibilité générale paraît intacte.

Rien du côté des poumons, du cœur et des fonctions digestives.

Les urines contiennent des traces d'acide urique.

Le facies de la malade dénote un état de souffrance et de troubles profonds de la nutrition générale.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels, quelques manifestations strumeuses.

Traitement : bains sulfureux, sirop d'iodure de fer, électricité (sans détails).

Amélioration progressive.

Observation XXXVIII (Professeur Sergiu de Bukarest).
« *Spitalul* » 1884, n° 12.

Jeune fille, âgée de 9 ans, et atteinte depuis l'âge de 4 ans de rhumatisme noueux typique.



PHOTOCOLLOGRAPHIE CHÈNE ET LONGUET

RHUMATISME NOUEUX INFANTILE (OBS. DU PROF. SERGIU.)

LECROSNIER & BABE

ÉDITEURS

CONCLUSIONS

1° Le rhumatisme noueux se voit beaucoup plus rarement chez les enfants que dans l'âge adulte.

Il n'en est cependant pas de même, si l'on considère le rhumatisme articulaire chronique en général; la polyarthrite noueuse seule est moins fréquente dans les premières années de la vie.

2° La maladie n'a pas encore été signalée, à notre connaissance, avant l'âge de 2 ans.

3° La fréquence paraît être la même pour toutes les étapes de l'enfance (depuis la fin de la première dentition jusqu'à la puberté), et les diverses phases physiologiques, par lesquelles passe l'enfant, semblent se partager d'une façon égale, leur rôle étiologique dans l'éclosion ou le réveil de cette manifestation diathésique.

4° Les chiffres fournis par la statistique de nos cas, parlent pour la fréquence plus grande chez les filles; cette prédominance numérique qu'on signale également dans l'âge adulte, paraît dépendre des influences spéciales auxquelles se trouve exposé l'être féminin, depuis l'âge le plus tendre jusqu'à la ménopause, par les congestions si fréquentes de l'appareil utérin.

5° Le rôle étiologique de l'hérédité est absolument évident dans le rhumatisme noueux infantile. Dans bon nombre de cas, la transmission est directe; mais dans la plupart, il ne s'agit que de la prédisposition diathésique.

Les mauvaises conditions d'hygiène, la misère, le froid, l'humidité, les traumatismes, l'abus fonctionnel, même les germes infectieux, jouent un rôle important dans l'éclosion de cette affection et ont une influence très grande sur l'évolution plus ou moins lente ou progressive de la polyarthrite déformante.

6° On rencontre chez l'enfant, non seulement le rhumatisme polyarticulaire noueux proprement dit, mais encore la forme dite partielle, de même que les nodosités d'Heberden. La variété dite rapide ou aiguë, est plus fréquente dans l'enfance.

Le début par les petites articulations, comme chez les adultes et les vieillards, ne semble appartenir dans l'enfance, qu'à l'âge proprement dit de l'adolescence ; car jusque vers l'âge de 7, 8 ou 10 ans, le début se fait, au contraire, par les grandes jointures.

7° On peut rencontrer dans le rhumatisme noueux infantile, les mêmes variétés de déformations (nous avons décrit un nouveau type de déformation), les mêmes complications viscérales, de même que tous les troubles trophiques signalés chez l'adulte.

8° De l'étude clinique et étiologique du rhumatisme noueux infantile, ressort pour nous l'affinité morbide de cette affection avec l'hystérie, la maladie de Basedow, l'épilepsie, l'idiotie, le myxœdème, l'acromégalie, la maladie osseuse de Paget, etc.

9° Le pronostic est beaucoup plus favorable chez l'enfant que chez les vieillards, car à l'aide de l'hygiène, d'un traitement tonique et des moyens thérapeutiques convenables, tels que électricité, massage, bains sulfureux, etc., on arrive facilement à améliorer les petits malades, même à les guérir.

TABLE DES MATIÈRES

PLANCHES

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone